



**Universidade Nova de Lisboa**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GUINÉ-BISSAU EM PORTUGAL  
POR DETRÁS DO IR E NÃO VOLTAR**

**Sofia Tavares Castro Lopes**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento

JUNHO 2011



**Universidade Nova de Lisboa**

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA GUINÉ-BISSAU EM PORTUGAL  
POR DETRÁS DO IR E NÃO VOLTAR**

**LICENCIADA Sofia Tavares Castro Lopes**

Orientador: Professor Doutor Gilles Dussault

Co-Orientador: Mestre Cátia Sá Guerreiro

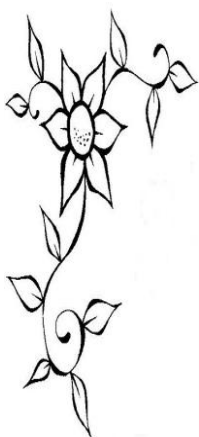
Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Desenvolvimento.

JUNHO 2011

*“A palavra imigração é bom lembrá-lo, não é uma palavra neutra e fria, é uma realidade que encerra pessoas, muito concretas, com as suas vidas, alegrias, esperanças e desejos. É uma realidade viva, em movimento contínuo que não se deixa fixar nem parar. É um puzzle humano colorido, de inumeráveis cores, línguas, sabores, tradições, culturas e religiões”*

*(Pinto, 2003)*

## AGRADECIMENTOS



Agradeço aos que me ajudaram a percorrer este caminho. Àqueles que caminharam comigo. Àqueles que me indicaram o caminho quando foi preciso. Àqueles que tornaram este trabalho possível. E acima de tudo àqueles que não me deixaram desistir.

Um sincero muito obrigado.

Um agradecimento especial ao Professor Gilles Dussault e à Mestre e amiga Cátia Sá Guerreiro pela fonte de conhecimento e, sobretudo, pela fonte de inspiração.

## RESUMO

*Introdução:* A migração, apesar de não ser um fenómeno recente entre as profissões de saúde assumiu nos últimos anos proporções significativas, sobretudo em África. Para a GB, a saída dos profissionais de saúde tem um impacto devastador no que concerne o desempenho do sistema de saúde e por conseguinte a saúde das populações. Portugal, pelas ligações históricas e pela proximidade que mantém com a GB, tem sido escolhido pelos profissionais de saúde como o país destino para a emigração. Neste sentido considerou-se importante aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno migratório dos profissionais de saúde da GB para Portugal, incluindo as motivações dos profissionais de saúde, a realidade vivida em Portugal e os motivos para o regresso.

*Objectivos:* Caracterizar o fenómeno migratório dos profissionais de saúde guineenses para Portugal, ao longo de todo o processo migratório, desde a decisão de emigrar, à decisão de retorno.

*Material e métodos:* Este estudo teve por base uma abordagem qualitativa, optando-se pela realização de um estudo de caso único, com várias unidades de análise. O caso em estudo foi o fenómeno migratório, tendo como objecto de estudo os profissionais de saúde guineenses nele envolvidos. Utilizaram-se métodos não probabilísticos para a selecção das amostras. Foram realizadas um total de 4 entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde, 3 grupos focais a enfermeiros e 3 entrevistas a informadores chave na GB. Em Portugal, foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas. Posteriormente, realizou-se a análise de conteúdo e análise exploratória dos dados.

*Resultados:* As condições de trabalho, o acesso a formação, o crescimento e valorização profissionais, assim como, a estabilidade político-militar e melhores condições de vida, são factores essenciais para a motivação e empenho dos profissionais de saúde, e por conseguinte, funcionam como factores impulsionadores da emigração quando não existentes. Enquanto imigrantes, os profissionais médicos e enfermeiros não têm o mesmo percurso em termos de integração profissional. Os enfermeiros recentemente emigrados não obtêm o reconhecimento das suas habilitações ao contrário dos médicos. Contudo, a melhoria das condições de vida é, na generalidade, alcançada. Existe na maioria dos profissionais o desejo de regressar ao país de origem, estando a sua concretização dependente de condições tanto na GB como em Portugal.

*Conclusão:* O fenómeno migratório é algo complexo, com inúmeros factores e em constante evolução, dizendo respeito sobretudo à procura de melhores condições de trabalho e de vida. O presente estudo serviu para identificar alguns destes factores e caracterizar as etapas do processo migratório dos profissionais de saúde da GB para Portugal, desde a decisão de emigrar à decisão de regressar. Deixa também pistas para desafios que se impõem com a migração destes profissionais.

## ABSTRACT

*Introduction:* Although not a recent phenomenon in the healthcare job sector, migration has reached significant proportions, specially in Africa. For Guinea-Bissau, the exit of healthcare professionals has had a devastating impact in what concerns the health system, and consequently the health of the population. Given the historical relation and proximity between Portugal and Guinea-Bissau, guinean healthcare professionals increasingly choose the former as their destination of emigration. In face of this reality, it was considered important to analyze in depth the migratory phenomenon of healthcare professionals emigrating from Guinea-Bissau to Portugal, including their motivations, the reality lived in Portugal and their reasons to return.

*Objectives:* To characterize the migratory phenomenon of guinean healthcare professionals into Portugal, during the migratory process, from the decision to emigrate until the decision to return to the home country.

*Material and methods:* This study's base consists of a qualitative approach, opting for the realization of a single case study, with various units of analysis. The case study was the migratory phenomenon, being the object the guinean healthcare professionals involved in it. Non-probabilistic methods were used to determine the samples of study. A total of 4 semi-structured interviews were conducted to healthcare professions, 3 focus-groups with the participation of nurses and 3 interviews to key actors in Guinea-Bissau. In Portugal, 12 semi-structured interviews were conducted. Posteriorly, a content analysis and exploratory analysis of the data was made.

*Results:* The work conditions, the access to information, the growth and valorization of their careers, and also, the politic and military stability and higher living standards were essential factors of motivation and commitment for the healthcare professionals, thus functioning as boosters of emigration when not present in the home country. As immigrants, healthcare professionals and nurses have different paths of professional integration. Recently emigrated nurses do not obtain the recognition of their habilitations, whereas doctors do. However, the improvement of living standards is usually attained. Most of the professionals express a desire of returning to their home country, being the decisive factor the evolution of conditions both in Guinea-Bissau and Portugal.

*Conclusion:* The migratory phenomenon is complex, with a big number of factors in constant evolution, mostly concerning the search of better work conditions and living standards. This study serves as a mean of identifying some of those factors and characterizing the steps in the migratory process that healthcare professionals from Guinaw-Bissau go through when transferring to Portugal, from the decision to emigrate all the way to the possible moment of return. It also offers insight into the challenges that emerge from the migration of these professionals.



## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	II
RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	V
LISTA DE FIGURAS E TABELAS .....	VIII
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	IX
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.2 Definição da problemática .....	1
1.2 Contextualização.....	2
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Migração de profissionais qualificados: compreendendo conceitos e tendências .....	5
2.2 Migração dos RHS: África e o Mundo .....	8
2.3 De Portugal à Guiné-Bissau: fragmentos da história .....	12
2.4 A Guiné-Bissau: um retrato .....	15
2.5 Da Guiné-Bissau a Portugal: motivações e consequências.....	21
2.6 Desafios e oportunidades: olhando para o futuro .....	24
<b>3. QUADRO CONCEPTUAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>28</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
4.1 Desenho de estudo .....	31
4.2 Abordagem de Investigação.....	32
4.3 População e Amostra .....	32
4.4 Recolha de dados .....	36
4.5 Análise de dados .....	38
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
5.1 Análise das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a profissionais de saúde regressados à GB .....	40
5.1.1 Análise exploratória .....	40
5.1.2 Análise de conteúdo .....	41
5.2 Análise das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a profissionais de saúde guineenses em Portugal .....	44
5.2.1 Análise exploratória .....	44
5.2.2 Análise de conteúdo .....	44
5.3 Análise de conteúdo dos grupos focais .....	50
5.4 Análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas aos informadores chave .....	53
5.4.1 DRHAS .....	53
5.4.2 Ordem dos Médicos .....	54
5.4.3 ANEP .....	55
<b>5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
5.1 Conclusão .....	68
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

Figura 1 - Mapa com a distribuição de migrantes internacionais no mundo, 2010 .....	9
Figura 2 - Mapa da distribuição dos RHS pelo mundo.....	10
Tabela 1- Número de profissionais de saúde por categoria profissional .....	18

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

RHS – Recursos Humanos da Saúde

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

MINSAP – Ministério de Saúde Pública

GB – Guiné-Bissau

DRHAS – Direcção dos Recursos Humanos e Administração da Saúde

DENARP – Documento de Estratégia Nacional para a Redução da pobreza

PALOP – Países de Língua Oficial Portuguesa

OIM – Organização Internacional para a Migração

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDRH – Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos

PNUAD - Plano-Quadro das Nações Unidas de Apoio ao Desenvolvimento

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

EUA – Estados Unidos da América

IB – Iniciativa de Bamako

INASA – Instituto Nacional de Saúde pública

HNSM – Hospital Nacional Simão Mendes

PIB – Produto Interno Bruto

SIS – Sistema de Informação Sanitária

ANEP – Associação Nacional do Enfermeiros e Parteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

## **1.INTRODUÇÃO**

### **1.2 Definição da problemática**

*“Portugal, durante séculos, foi um país de emigração, a sua diáspora é bem conhecida. Diferentes continentes e diferentes países têm marcas desse movimento. Há poucos anos, Portugal começa, também, a ficar conhecido, para alguns, como país de imigração e, para outros, como país com imigração” (..) “é bastante claro que Portugal se tornou hoje num país de imigração significativa...”(Costa, 2009).*

A migração de profissionais na área da saúde transformou-se num tema central no debate sobre políticas de saúde à escala global. Este fenómeno tem sido alvo de atenção, tanto a nível político, como científico, nos países de elevado rendimento e baixo/médio rendimento, pelas perdas e ganhos que representam (Có, 2009<sup>b</sup>). Este fenómeno migratório, apesar de não ser recente entre nas profissões de saúde, tem assumido nos últimos anos proporções significativas, especialmente em África (Buchan, 2008; Baganha, 2007).

Pela história partilhada com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e pela proximidade com estes mantida, Portugal tem acolhido nas últimas décadas um número expressivo de imigrantes africanos (Marques e Góis, 2007). Um dos traços mais relevante nesta última fase das migrações passa pela presença cada vez maior de imigrantes altamente qualificados que procuram, fora do seu país de origem, oportunidade para uma vida melhor (Baganha, 2007).

A Guiné-Bissau (GB) tem-se tornado nas últimas décadas um país de emigração, sendo esta uma das nacionalidades de destaque em território português (Costa, 2009).

Para a GB, a saída dos profissionais de saúde tem um impacto devastador no que concerne o desempenho do sistema de saúde e por conseguinte a saúde das populações. Para além disto, representa também a perda do pouco investimento, por parte do governo, na formação destes profissionais (OMS, 2010).

Sendo esta a realidade da GB, importa conhecer verdadeiramente o fenómeno migratório dos profissionais de saúde para Portugal.

## 1.2 Contextualização

De acordo com a Organização Internacional para a Migração (OIM) o fenómeno migratório pode ser definido como um *"processo de mudança, seja através de uma fronteira internacional, ou dentro do Estado"*, podendo assumir um carácter voluntário ou forçado. A migração voluntária consiste na decisão espontânea de uma pessoa ou grupo em se deslocar, estando geralmente subjacente a esta decisão motivos económicos, formativos/educacionais e reencontro de familiares (Kirch, 2008).

No ano 2000, cerca de 150 milhões de pessoas (2,9% da população mundial) viviam fora do seu país de origem, das quais apenas 65 milhões estavam economicamente activas. Uma década depois, no ano 2010 estimam-se cerca de 214 milhões de migrantes no mundo (OIM, 2010). Apesar dos profissionais médicos e enfermeiros representarem uma pequena porção dos profissionais altamente qualificados que emigram dos países de baixo rendimento, a perda destes recursos humanos pode significar o comprometimento da capacidade do sistema de serviços de saúde em prestar cuidados de saúde adequados, de qualidade e de forma equitativa (Stilwell et al., 2004). Importa salientar que profissionais de saúde não são apenas médicos e enfermeiros. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006), estão incluídos neste grupo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de laboratório e dentistas.

Na GB, à semelhança de outros países pobres, a situação dos recursos humanos da saúde (RHS) caracteriza-se por uma baixa densidade de profissionais de saúde e por grandes assimetrias no que diz respeito à distribuição dos mesmos (Dussault, et al, 2010). A carência de RHS é actualmente identificada como um dos maiores constrangimentos para a concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (Baganha, 2007).

As características sócio-demográficas, epidemiológicas, administrativas, políticas e económicas tornam a GB um país “particular” e exacerbam a problemática dos RHS (Dussault, et al., 2010).

Os longos períodos de instabilidade política e institucional, com repetidos golpes de Estado e conflitos armados, a economia frágil com fraca mobilização dos recursos internos e um débil desenvolvimento do capital humano e a dependência quase total da ajuda externa para sectores essenciais como a economia, a saúde e a educação

(Dussault, et al., 2010; DENARP, 2006), impedem um verdadeiro investimento por parte do governo nos RHS. As condições de trabalho precárias, as infra-estruturas sem manutenção, a inexistência de materiais necessários à satisfação das necessidades de cuidados, a exposição a doenças infecciosas como o VIH e a tuberculose e a falta de biossegurança no local de trabalho, os salários pagos de forma irregular, a educação com défices a nível de recursos humanos, financeiros e materiais (Dussault, et al., 2010), constituem alguns dos aspectos que caracterizam o Sistema Nacional de Saúde e o sector da saúde da GB. Estes são também os principais factores impulsionadores da migração por parte dos profissionais de saúde (Dussault, et al., 2010; Ferrinho, et al., 2007).

Através de um estudo realizado às enfermeiras imigrantes provenientes dos PALOP a residir em Lisboa, no ano 2000, concluiu-se que as principais motivações desencadeadoras do processo de migração foram os salários inadequados no país de origem, motivos familiares e garantir melhores condições educacionais aos seus descendentes (Luck, Ferrinho e Fernandes, 2000). Posteriormente, foi realizado em 2007, outro estudo no mesmo âmbito, aplicado a um grupo de enfermeiras guineenses a residir em Lisboa, que veio reforçar os resultados anteriormente encontrados (Ferrinho, et al., 2007).

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) (2007), residiam em Portugal, no ano de 2007, cerca de 23733 guineenses, dos quais 170 eram profissionais de saúde a exercerem funções no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 17 no sector privado (7 enfermeiros, 9 médicos e 1 farmacêutico) (Conceição, et al., 2009). Em 2008, observou-se um ligeiro aumento do número de guineenses a residir em Portugal, estimados nesse ano em 24391. Contudo, entre os profissionais de saúde verificou-se um ligeiro decréscimo, passando para 163 o número de profissionais em exercício no SNS (ACSS, 2010). Importa referir que, de acordo com o Decreto-Lei nº 4/2001 de 10-01-2001, capítulo 1, artigo 3º, é considerado residente o estrangeiro habilitado com título válido de residência em Portugal.

A comunidade guineense adquiriu expressão no início dos anos 80 e tem vindo a reforçar-se lenta, mas continuamente, principalmente, a partir de 1998, devido à

convulsão política (Costa, 2009), com excepção do ano de 2009, onde se observou um ligeiro decréscimo da população guineense residente em Portugal (SEF, 2009).

Segundo o SEF (2009), os profissionais estrangeiros, à semelhança dos profissionais de saúde Portugueses, optam por residir sobretudo na região Lisboa e Vale do Tejo (38% em 2008) e nas regiões do Norte (29% em 2008) (Conceição, et al., 2009).

A escassez de RHS representa, portanto, um grave problema para o sistema da saúde da GB, estimando-se que, pelas condições de trabalho precárias, pela falta de motivação, reformas e mortes, haja uma perda de 48% dos profissionais de saúde até 2015, dados da Direcção dos Recursos Humanos e Administração em Saúde (DRHAS) (Dussault, et al., 2010).

Perante esta realidade levanta-se a seguinte questão de investigação: *Quais as características do fenómeno migratório de Profissionais de Saúde da Guiné-Bissau para Portugal?* Partindo desta questão e com o objectivo de caracterizar e aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno migratório dos profissionais de saúde da GB para Portugal, dando continuidade a trabalhos que já foram realizados nesta área, e, em última análise, contribuir para a melhoria do sector da saúde guineense e da resposta dada por Portugal a estes profissionais, procedeu-se ao presente estudo. Este documento encontra-se organizado em 8 capítulos, começando pela introdução, constituída pela problemática em estudo, a sua contextualização, seguida do capítulo da Revisão de Literatura. Depois seguem-se os capítulos de Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas e, no final, os anexos onde constam documentos que ilustram e suportam os conteúdos descritos.

## **2. Revisão da literatura**

Com o objectivo de melhor compreender e desdobrar o complexo fenómeno migratório e tendo por base a questão de investigação levantada, o presente capítulo partiu do fenómeno migratório a nível mundial, para o caso particular dos RHS da GB em Portugal. Este capítulo encontra-se estruturado em seis subcapítulos, começando por serem apresentados os principais conceitos associados ao fenómeno migratório, em Migração dos profissionais qualificados: conceitos e tendências, seguindo-se a Migração dos RHS: África e o Mundo, apresentando uma visão global do fenómeno no mundo, com especial ênfase no continente africano. Os subcapítulos seguintes, De Portugal à Guiné-Bissau: fragmentos da história e A Guiné-Bissau: um retrato, caracterizam Portugal enquanto país de imigração, descrevendo os principais momentos de imigração guineense, sendo também caracterizada a GB e, em especial, o sistema de saúde guineense, colocando a GB como um país de emigração. No subcapítulo seguinte, Guiné-Bissau a Portugal: motivações e consequências, são explorados os factores associados à decisão de emigrar e à saída dos profissionais de saúde da GB para Portugal, assim como as consequências desta emigração. Por último, em Desafios e oportunidades: olhando para o futuro, são apresentados alguns dos desafios impostos pela migração, assim como, medidas que poderão ajudar a gerir o fenómeno e a amenizar as suas consequências.

### **2.1 Migração de profissionais qualificados: compreendendo conceitos e tendências**

A actual economia liberal exercida a nível mundial caracteriza-se pela abertura das fronteiras internacionais, possibilitando a circulação de bens e o livre acesso aos mercados de trabalho, uma estratégia-chave que permite fomentar os mercados internacionais, servindo também como catalisador do fenómeno da globalização e indirectamente promotor da migração (Marchal e Kegels, 2003).

A abertura das fronteiras, no que concerne o mercado de trabalho, foi impulsionadora do fenómeno migratório de profissionais qualificados. Este processo tem sido acompanhado por uma evolução conceptual decorrente da evolução dos diferentes movimentos migratórios (Dodani e LaPorte, 2005).



De acordo com Peixoto (2004, 2006), nas décadas de 60/70 predominava o movimento clássico, a deslocação internacional de pessoas altamente qualificadas, de países de baixo rendimento para os países de elevado rendimento, tendo este processo ficado conhecido como *brain drain* (“fuga de cérebros”). Na realidade este conceito foi utilizado pela primeira vez por um grupo de jornalistas britânicos, referindo-se à emigração “massiva” de cientistas ingleses para os Estados Unidos da América (Marchal e Kegels, 2003; Gibson e Mackenzie, 2011) e para muitos, esta expressão (de conotação negativa), passou a significar a emigração de trabalhadores qualificados em todo o mundo, quando a saída de capital humano, por si só, não é considerada nem boa nem má, apenas uma escolha de cidadãos (Whachter, 2006; Ndulo, 2004).

O fenómeno do *brain drain* terá surgido porque os quadros não encontraram nos seus países de origem as oportunidades necessárias para desenvolverem as suas capacidades e competências (Có, 2009<sup>a</sup>). Perante este cenário, países de baixo/médio rendimento adoptaram posições de forma a beneficiarem economicamente com este fenómeno, de como é exemplo, as Filipinas, que institucionalizou a produção e exportação de profissionais de saúde para outros países, e Cuba, que criou uma agência responsável pela gestão das políticas de “*brain trade*” (Marchal e Kegels, 2003).

Segundo Lowel (2003), são necessárias duas condições para se poder aplicar o conceito de *brain drain* a um determinado país. Em primeiro lugar, deve haver uma perda significativa da população qualificada e, em segundo lugar, daí advirem consequências económicas negativas.

O *brain drain* é um fenómeno bastante heterogéneo. Pode ser ordenado, incentivado e ainda organizado pelos países importadores; ou pode ser irregular, não desejado e não autorizado. No sector da saúde, o *brain drain* é composto por múltiplos fluxos, dentro e fora do próprio país. Dentro dos países de baixo/médio rendimento, existem fluxos de migração internos, geralmente do nível de cuidados de saúde primários para os hospitais, das zonas rurais para zonas urbanas, da prestação de cuidados e da investigação para lugares de gestão e, de cargos no governo para o sector privado. As agências internacionais contribuem também para a saída dos quadros da saúde, na medida em que necessitam de pessoal qualificado para a implementação dos seus programas (Marchal e Kegels, 2003). Quanto à migração internacional, esta assemelha-

se, de certa forma, a uma cascata, que flui de países de baixo rendimento e mais carenciados, para países de médio rendimento e de lá para países de elevado rendimento (Marchal e Kegels, 2003).

Entre 1980 e 1990, de acordo com Peixoto (2006), surgiram novos movimentos e realidades, que ainda hoje se verificam, associados ao retorno de emigrantes aos países de origem, designado por *brain gain* (“ganho de cérebros”) e a novos fluxos, como a mobilidade temporária de pessoal qualificado, migração organizacional e diásporas, dando lugar a novos conceitos como *brain circulation* (“circulação de cérebros”), *skill/brain exchange* (“intercâmbio de competências”) e ainda *brain waste* (“desperdício de cérebros”). *Brain gain* representa os proveitos advindos dos migrantes que tenham adquirido o capital humano e/ou experiências de emprego no estrangeiro em prol do desenvolvimento dos seus países de origem (Có, 2009<sup>a</sup>). Algumas organizações, nomeadamente a OMS e a OIM, têm tentado estimular este fenómeno através de programas de incentivo ao retorno, trabalhando junto dos governos tanto dos países de origem como dos países receptores. A *brain circulation* (conceito utilizado algumas vezes em substituição do conceito de *brain drain*) e o *skill/brain exchange* são conceitos mais recentes, impulsionados pelo fenómeno da globalização, que marcam novas tendências migratórias, estando associados, sobretudo, à mobilidade temporária ou organizacional (Peixoto, 2006).

Para além disso, novas formas de migração têm surgido a partir da emergência de redes migratórias, designadas por “cadeias migratórias”, que têm por base “...uma rede de relações e contactos entre os migrantes, facilitando um conjunto de informações e processos migratórios, até à integração dos novos elementos na cadeia” (Có, 2009<sup>a</sup>). Os novos meios de comunicação e a globalização têm reforçado a sua importância, assim como, as associações de emigrantes nos países receptores (Có, 2007).

Segundo a OMS (2011), globalização define-se como a interconectividade e a interdependência entre os povos e entre países. Este fenómeno pressupõe dois elementos chave inter-relacionados: 1) a abertura das fronteiras internacionais a fluxos cada vez mais rápidos de mercadorias, serviços, investimentos, dinheiro, pessoas e ideias; 2) a mudança nas instituições e políticas, tanto a nível nacional como a nível internacional, que facilitem e promovam tais fluxos. No entanto, a globalização e a

desregulamentação dos mercados tornaram a migração internacional selectiva muito mais fácil, resultando em transferências de recursos humanos significativas, embora quase nunca distribuídas de forma igualitária e equitativa. Poder-se-á dizer também, que a globalização permite manter as pessoas em redes (contactos, informações, etc.), mas delimita-as às suas próprias estruturas e a uma rede de estratificação social global, que permite que os indivíduos sejam apreciados pelas estruturas que representam (redes, capital social, determinantes socioculturais) (Có, 2004). Neste sentido, o fenómeno da globalização aplicado à saúde e ao desenvolvimento poderá ter potenciais efeitos positivos e/ou negativos (OMS, 2011).

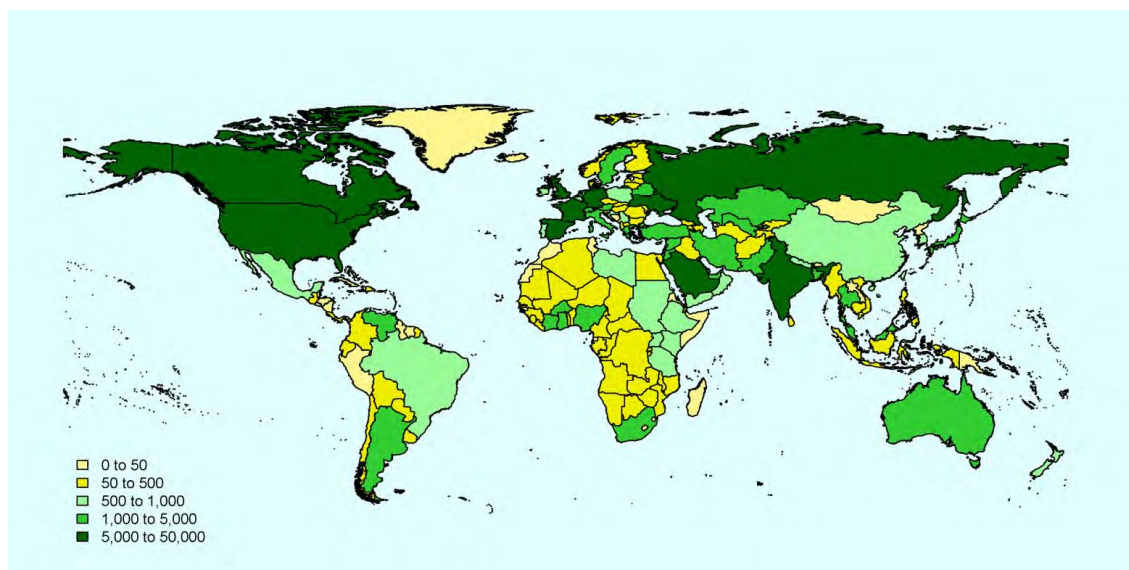
Finalmente, o *brain drain* pode levar ao *brain waste* quando a qualificação da pessoa emigrante não é reconhecida no país receptor, levando ao desemprego ou ao exercício de actividades económicas abaixo das suas competências e qualificações (Marchal e Kegels, 2003; Lowell, 2003).

## **2.2 Migração dos RHS: África e o Mundo**

*“Society is in a state of constant flux, and migration is part of this changeability”.*  
(Norwegian Directorate of Health (NDH), 2009)

A migração constitui um elemento permanente na história do homem e é tão antiga quanto a própria humanidade (Tolentino, 2009). Actualmente é inquestionável a sua complexidade. De 1960 a 2010 o número de migrantes no mundo triplicou, passando de 75 milhões para 214 milhões, correspondendo a cerca de 3,1% da população mundial (consultar figura 1) (NDH, 2009; OIM, 2010). As Nações Unidas estimam que no ano 2050 sejam cerca de 280 milhões (NDH, 2009).

**Figura 1 - Mapa com a distribuição de migrantes internacionais no mundo, 2010**



Fonte: Organização das Nações Unidas, Departamento dos assuntos económicos e sociais. 2009

A migração internacional surgiu, pela primeira vez, como uma importante preocupação de saúde pública em 1940, quando muitos profissionais europeus emigraram para o Reino Unido e Estados Unidos da América (EUA). Em 1972, cerca de 6% dos médicos do mundo (140 000) estavam localizados fora dos seus países de origem e desses, mais de três quartos foram encontrados em apenas três países: EUA, Reino Unido e Canadá (por ordem de magnitude). Os principais países de origem detinham laços coloniais e/ou partilhavam de uma língua comum, sendo notória a dominância dos países asiáticos: Índia, Paquistão e Sri Lanka (Dodani e Laporte, 2005).

Recentemente, este fenómeno tem sido particularmente exacerbado no continente Africano, tendo contribuído grandemente para a dinâmica dos fenómenos de *brain drain* e de *brain waste*, atingindo proporções preocupantes, sobretudo, entre os RHS (Có, 2007; Marchal e Kegels, 2003).

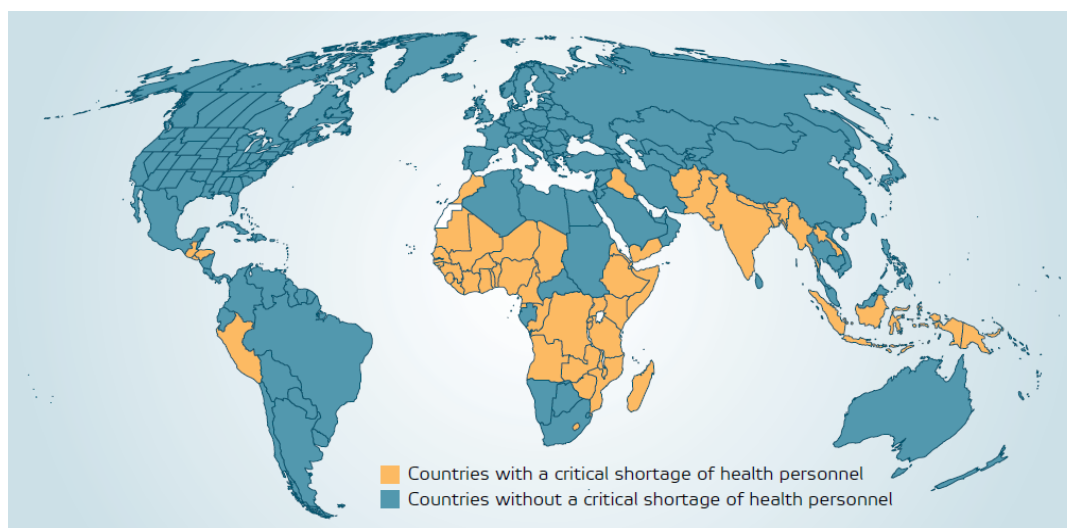
As razões que explicam os fluxos migratórios africanos entre 1975 e 1985 passam, essencialmente, pela política (anos das independências das potências europeias) e pela economia (introdução dos programas de ajustamento estrutural e os seus custos sociais). Os fluxos das décadas seguintes são explicados sobretudo pelos conflitos (Tolentino, 2009). É importante salientar que a maioria das migrações africanas é intra-continental e cerca de metade destes migrantes são refugiados ou são pessoas deslocadas. Com efeito,

os emigrantes qualificados provenientes desta região são na realidade uma proporção muito pequena de migrantes no resto do mundo (Ndulu, 2004). Apesar disto, a migração dos profissionais de saúde tem contribuído profundamente para o aumento da disparidade entre os países de elevado rendimento e os países de baixo rendimento.

Os países de baixo rendimento, que atravessam já o problema da escassez RHS (consultar figura 2), tornando os seus sistemas de saúde frágeis e inadequados, encontram-se também limitados quanto à capacidade de formação dos recursos necessários ao país. De acordo com Serour (2009), estes países gastam cerca de 500 milhões de dólares anuais na formação de profissionais de saúde e, *“dos poucos que conseguem formar, grande parte opta por emigrar”*.

Por outro lado, os países desenvolvidos, que representam apenas um terço da população mundial, contêm três quartos dos médicos existentes no mundo e 89% destes são médicos emigrantes. Em oposição, 1,3% de profissionais de saúde a sul do Sahara prestam cuidados a 13,8% da população mundial (Serour, 2009).

**Figura 2 - Mapa da distribuição dos RHS pelo mundo. Cor laranja - países com escassez de RHS; Cor azul - países sem escassez de RHS.**



Fonte: OMS, 2006

Também, os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estão entre os países que mais têm recebido profissionais de saúde.

No ano 2000, 11% dos Enfermeiros e 18% dos médicos na OCDE, detinham nacionalidade estrangeira e nos últimos anos a tendência tem sido crescente, devido ao aumento da tecnologia ao dispor da saúde e à alteração das características demográficas da região, nomeadamente o envelhecimento da população nestes países (NDH, 2009; Serour, 2009).

A força de trabalho em saúde é essencial para o bom desempenho dos sistemas de saúde, assim como, para a saúde das populações e para o controlo de doenças a nível internacional (Marchal e Kegels, 2003).

A conferência *Health Care for all* em 2001 e posteriormente, o relatório da OMS de 2006, *Working together for health*, foram determinantes para o reforço da importância dos RHS. Neste mesmo relatório, a OMS, afirma que o número mínimo de profissionais de saúde por 1000 habitantes deverá ser de 2,3, garantindo assim, o acesso da população a cuidados básicos de saúde (NDH, 2009; OMS, 2006). Contudo, estima-se que 57 países estejam longe de atingir este objectivo, estando numa situação crítica de escassez de RHS. Segundo a OMS (2006), estão em falta cerca de 4,3 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo (OMS, 2006; Aryeetey, 2011), sendo esta escassez predominante em regiões carenciadas. Cerca de 50% dessa escassez encontra-se concentrada no continente Africano, a sul do Sahara, e no sudoeste Asiático, estimando-se um défice de cerca de 2,4 milhões de profissionais de saúde (OMS, 2006; Aryeetey, 2011). Para além disso, o continente africano detém 24% da carga de doença mundial, mas apenas 3% dos RHS e 1% dos recursos financeiros a nível mundial (Serour, 2009).

Desde sempre os profissionais de saúde estiveram numa posição favorecedora e facilitadora para o fenómeno migratório, por um lado pela partilha de uma base de conhecimento comum, no que concerne os conteúdos programáticos/base de conhecimento, e por outro, por esta constituir uma possibilidade atractiva (Marchal e Kegels, 2003). O fenómeno de *brain drain* tem sido predominante entre os médicos e enfermeiros, e, mais recentemente, entre os farmacêuticos, fisioterapeutas e técnicos de laboratório. É importante salientar que a migração de profissionais de saúde é tanto causa e efeito de um sistema de serviços de saúde deficitário (Marchal e Kegels, 2003).

Mais recentemente, o fenómeno de *brain drain* e os efeitos da globalização nos sistemas de saúde, tornaram-se temas amplamente abordados e discutidos a nível internacional

(Marchal e Kegels, 2003). Por um lado, está em causa a saúde das populações, principalmente em regiões do mundo mais fragilizadas e carenciadas, a estrutura e o desempenho dos sistemas de saúde e, em última análise, o cumprimento dos ODM. Por outro lado, a indisponibilidade de dados e de informação confiável, a fraca evidência científica e a falta de estudos na área não permitem uma boa base de conhecimento (Marchal e Kegels, 2003; Serour, 2009; Donani e Laporte, 2005) para a definição de intervenções governativas mais adequadas e melhores formas de actuação (Marchal e Kegels, 2003). Para além disso, trata-se também de um tema que levanta questões éticas delicadas, associadas aos direitos humanos, nomeadamente o direito à liberdade e à livre escolha.

Relativamente à globalização, sabe-se actualmente que *“o aumento da migração está intimamente relacionado com este processo (globalização)”* (Marchal e Kegels, 2003). Num mundo globalizado e cada vez mais móvel, multiplicam-se as interacções entre lugares distantes e aceleram-se os mecanismos de difusão espacial de doenças e mesmo do aparecimento de novas doenças (Henriques, 2009). Neste contexto a Direcção de Saúde norueguesa (NDH) (2009), propõe que a saúde seja entendida sob um ponto de vista global (Noruega). A saúde global pressupõe a saúde da população mundial e a forma como esta é afectada por factores que estão dentro e além fronteiras nacionais. Tais factores incluem doenças infecciosas, poluição, disponibilidade de alimentos (escassez), nível de desenvolvimento económico, luta contra a pobreza, acesso (limitado) a cuidados de saúde e o recrutamento (desmedido) de profissionais de saúde. Simultaneamente, estes constituem também, factores impulsionadores de emigração.

Neste sentido a migração parece ter um peso extraordinário sob a saúde das populações e indirectamente a globalização ser um dos seus maiores impulsionadores (Marchal and kegels, 2003).

### **2.3 De Portugal à Guiné-Bissau: fragmentos da história**

*“Se houve alturas que de Portugal partiam naus e caravelas com população portuguesa para povoar outros países, agora elas regressam, mais sofisticadas, ou não, mas trazem de igual forma pessoas com os mesmos desejos, os de melhorar as suas vidas”.* (Baganha, 2007)

De um país de emigração, Portugal tornou-se, nas últimas décadas, um país de imigração (SEF, 2009). Hoje poder-se-á falar num país com um regime migratório misto, coexistindo, em simultâneo, dois fluxos nos movimentos migratórios, ou seja, portugueses que continuam a sair para trabalhar noutros países, a par de estrangeiros que, para o fazer, entram em Portugal. Esta simultaneidade, ser ao mesmo tempo receptor e emissor de migrantes, coloca Portugal numa posição de relevo à escala da União Europeia (Baganha, 2007).

Até 1980, a imigração em Portugal nunca atingiu valores superiores a 50 mil residentes. Entre 1986 e 1997 o número de estrangeiros duplicou, passando de 87 mil para 175 mil, segundo dados do SEF (2009). Em 2009, de acordo com a mesma fonte, residiam em Portugal 454 191 estrangeiros, representando cerca de 9 % da população activa e 4.5 % da população nacional (Diário da Republica, 1.<sup>a</sup> série — N.º 85 — 3 de Maio de 2007).

Em termos de caracterização da comunidade estrangeira, sublinha-se o facto de 47% deste universo populacional se reportar a países de língua portuguesa (Brasil (25%), Cabo Verde (11%), Angola (6%) e Guiné-Bissau (5%)). A comunidade guineense apresenta maior taxa de concentração geográfica na Região de Lisboa e vale do Tejo (59,3%), devendo-se ao facto de Lisboa ser a principal porta de entrada para Portugal (SEF, 2009).

Segundo Có (2007), as relações históricas que Portugal manteve com as suas colónias foram e são importantes, mas, muito mais são as proximidades ou similaridades sociais, culturais e religiosas. Neste contexto a GB torna-se num país de destaque em Portugal.

Assim, entre 1975 e 1980, período pós-independência, pelas razões acima mencionadas e também por razões históricas e diplomáticas, a migração guineense foi direccionada essencialmente para Portugal. Todavia, a migração para Portugal estava relacionada com os guineenses considerados “assimilados”, ou seja, que possuíam modos de vida similares aos portugueses e tinham algumas oportunidades de convívio e partilha de valores sociais, morais e religiosas com estes, sendo aliás denominados por luso-guineenses (Có, 2007; Machado, 2002).

A segunda vaga migratória guineense aconteceu entre 1985 e 1995, movida pela conjuntura económica e administrativa e pelos falhanços dos Programas de Ajustamento Estrutural na GB. O Programa de Ajustamento Estrutural foi criado pelo Banco Mundial



e pelo Fundo Monetário Internacional e aplicado a um conjunto de países, incluindo a GB e tinha como principal objectivo a redução das despesas internas para poderem pagar as dívidas. A imposição deste programa justificava-se pela queda dos preços dos produtos tradicionais de exportação, em particular os produtos agrícolas e as matérias-primas. O programa fracassou, tendo um impacto negativo em termos económicos e sociais na GB (Sangreman, et al., 2009).

Por outro lado, em Portugal este período caracterizou-se pelas ofertas do mercado secundário, sobretudo da construção civil, sustentadas no acordo geral sobre migração recíproca entre os dois países, publicado no Diário da República, 1ª série, n.º 204, de 5 de Setembro de 1981 (Có, 2007).

Em 1998, o conflito armado deu origem a uma nova vaga migratória, desta vez, sob o título de refugiados. Importa aqui referir que nem sempre a distinção entre refugiado e migrante é clara. Segundo Tolentino (2009), estes consistem em processos semelhantes que levam a tais estatutos, residindo a diferença no facto de geralmente o refugiado não se inserir na sociedade de acolhimento, vivendo em campos de refugiados isolados, considerados como residências temporárias, à espera de poder voltar ao seu país de origem. Por outro lado, refugiado é aquele que foge de conflitos, por exemplo, esses mesmos conflitos contribuem para o agravamento da pobreza em determinadas regiões, e a fuga dessa pobreza é o que leva milhões de pessoas a emigrar (Tolentino, 2009).

Este novo surto levou ao fenómeno de *brain drain*, esvaziando o aparelho de Estado da GB dos quadros que asseguravam o seu funcionamento e também noutros sectores, como a saúde, reduzindo ao mínimo os quadros nos Hospitais, sobretudo do Hospital Nacional de Simão Mendes (HNSM) e centros de saúde da região autónoma de Bissau (Có, 2007). A GB, sendo já um país com graves dificuldades e fragilidades, entra num período de regressão social (PNUAD, 2007). Contudo, importa salientar que já em 1995 mais de 5% do total dos imigrantes guineenses em Portugal possuíam nível de instrução superior, perto de 4% detinham formação média, e mais de 35% o ensino secundário complementar (Machado, 2002). Os censos de 2001 vieram reforçar estes dados: no quadro interno da realidade guineense, o número absoluto dos que declaram ter formação superior era de 750, num total de 14 724 imigrantes, o que representa 5% de

indivíduos com grau de instrução superior em Portugal, dados que sobem para quase 8% se considerarmos isoladamente as mulheres (Baganha, 2007).

Neste contexto, há que destacar uma questão particularmente sensível – os efeitos dessa migração no desempenho do sistema de serviços de saúde da GB.

## **2.4 A Guiné-Bissau: um retrato**

*“NA RUTINA DI SOL,*

Castigado pelo sol,

*PUBIS NA CANOA KI FURA,*

o povo viaja numa canoa que se afunda,

*SALVAVIDAS KA TEM.*

Não há salvavidas.

*DISTINO I PA NUNDE?*

Onde nos leva o destino?

*MAMA GUINÉ PAPIA”*

Mamã Guiné, diz algo.

O Sistema Nacional de Saúde da GB é o reflexo da história deste país. Nas últimas três décadas, a GB tem vivido situações de instabilidade política e institucional, materializadas por sucessivos golpes de Estado e conflitos armados, atirando o país para uma situação de pobreza extrema e fragilidade, integrando actualmente o grupo dos 10 países menos desenvolvidos do mundo (AHWO, 2009).

O SNS da GB, paradoxalmente constituído por uma ampla rede de infra-estruturas, tornou-se uma estrutura deficitária em termos de condições físicas e materiais, de gestão e manutenção, de acesso e disponibilidade tecnológica e especialmente de RHS qualificados, resultando em consequências graves para a saúde da população (AHWO, 2009; Fronteira e Dussault, 2010). Importa salientar que apesar da rede de infra-estruturas de saúde no país ser relativamente aceitável, o acesso às mesmas é muito fraco (35%, em 2001) (Dussault, et al., 2010).

Os indicadores de saúde da GB estão entre os piores de África a sul do Sahara (Dussault, et al., 2010). A população guineense caracteriza-se por ser muito jovem, na

qual 48% tem menos de 15 anos e 63,3% menos de 25 anos. A esperança de vida à nascença é ainda extremamente baixa, estando nos 49,3 anos para as mulheres e 45,7 para os homens (INASA, 2011). Tal facto deve-se em parte, ao peso das doenças infecciosas, como a malária, a diarreia, as doenças respiratórias agudas, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA (com uma prevalência próxima dos 7%) (PNDRH, 2008), que constituem ainda o grupo das principais doenças e às elevadas taxas de mortalidade infantil, mortalidade em crianças com menos de 5 anos e de mortalidade materna. De acordo com dados de 2006 a mortalidade infantil representava 138 por 1 000 nados vivos, a taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos de 223 por 1000 nados-vivos e a mortalidade materna de 700 por 100 000 nados vivos (Dussault, et al., 2010). Importante salientar neste último ponto o facto de um grande número de partos ocorrer ainda nos domicílios, sendo o acesso aos serviços de consulta pré-natal e aos cuidados do parto assistido bastante limitado. Apenas 35% dos partos são assistidos por profissionais de saúde qualificados (PNDRH, 2008), contudo, a percentagem de mulheres que fizeram, pelo menos, uma consulta pré-parto foi, em 2006, de 64% (AHWO, 2009), reflectindo sinais positivos de mudança.

Depreende-se deste cenário que dificilmente os ODM serão alcançados na GB (World Bank, 2010). Paralelamente, a situação dos RHS caracteriza-se por uma baixa densidade de profissionais e elevadas assimetrias regionais, no que diz respeito à distribuição dos mesmos (AHWO, 2009), encontrando-se entre os 36 países africanos onde a falta de RHS se faz sentir de forma mais aguda (AHWO, 2009; Fronteira e Dussault, 2010).

Desde 1980, após diversas reformas e estratégias de recuperação estrutural da GB, a intervenção do estado na área da saúde foi sendo reduzida. Não perdendo a sua missão exclusiva de conceber políticas e estratégias de desenvolvimento e de produzir normas de regulação de actividades económicas e sociais, o estado deixou de oferecer a garantia de cuidados de saúde gratuitos à população, passando esta a ser em parte da responsabilidade individual de cada cidadão (Dussault, et al., 2010; C6, 2007).

Apenas em 1997, foi instituída a recuperação de custos assumida na perspectiva da Iniciativa de Bamako (IB), passando a ser cobrado tanto os actos médicos (consultas, exames de laboratório, intervenções cirúrgica, consultas pré-natal, partos, etc.), como os medicamentos dispensados. A IB na GB pressupõe que os fundos recuperados sejam

reinvestidos no local onde foram gerados com o fim de cobrir os custos correntes da própria estrutura/unidade. Simultaneamente, a IB tem como objectivo criar um sistema mais efectivo de cuidados primários por um lado, e por outro de conquistar a credibilidade das populações locais, assegurando-lhes uma maior qualidade de assistência sanitária, através da participação dos beneficiários ou comunidade num novo sistema de financiamento dos serviços de saúde (Fronteira, s.d.).

Para uma população em que, segundo o DENARP (2006), 66,7% vive com menos de 2 dólares por dia e 20,8% com menos de 1 dólar por dia, a necessidade de pagar por cuidados de saúde, incluindo atendimento, materiais, medicamentos, pode representar iniquidade de acesso, ou até mesmo, inacessibilidade a cuidados e a profissionais de saúde.

O SNS guineense encontra-se organizado de acordo com os diferentes níveis de cuidados e de gestão: local, regional e central.

A nível local estão as estruturas de iniciativa comunitária, que incluem as Unidades de Saúde de Base, apoiadas pelos agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais, que constituem o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde e, os Centros de Saúde, cuja nomenclatura A, B e C os distingue quanto à sua capacidade de intervenção, de acordo com a complexidade. Os centros de saúde tipo A, por exemplo, realizam cirurgias. A nível regional, encontram-se os Hospitais Regionais, as Direcções Regionais de Saúde e as Equipas Regionais de Saúde, sendo a estas atribuída a responsabilidade de análise da situação regional com a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, da programação anual, de seguimento e avaliação. Finalmente, a nível central estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direcções, os Serviços, os Programas Nacionais, o HNSM e os Centros de Referência. A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direcções de Serviço (AHWO, 2009).

O recrutamento, distribuição e transferência dos profissionais de saúde são realizados a nível central, tendo por base a previsão dos RHS feita a nível regional (AHWO, 2009; Fronteira e Dussault, 2010). Existe uma unidade administrativa a nível central que concebe, desenvolve e apoia a colheita, gestão, análise, disseminação e utilização de informação na área da saúde, incluindo a informação sobre RHS. Com o intuito de desenvolver e melhorar os sistemas de informação várias iniciativas têm sido levadas a

cabo, nomeadamente a reestruturação do Sistema de Informação Sanitária (SIS). Estruturas como o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) têm contribuído positivamente para este processo (AHWO, 2009).

Na tabela 1 é apresentada a distribuição dos profissionais de saúde da GB por categorias profissionais, tendo sido incluído apenas as categorias que estão envolvidas na prestação directa de cuidados.

**Tabela 1- Número de profissionais de saúde por categoria profissional**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>NÚMERO TOTAL</b>
<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>2 078</b>
<b>Médicos Generalista</b>	<b>94</b>
<b>Médicos Especialistas</b>	<b>30</b>
<b>Sub total</b>	<b>124</b>
<b>Enfermeiros</b>	<b>462</b>
<b>Auxiliares de Enfermagem /curso elementar</b>	<b>406</b>
<b>Sub total</b>	<b>869</b>
<b>Parteiras</b>	<b>163</b>
<b>Auxiliares de obstetrícia</b>	<b>11</b>
<b>Sub total</b>	<b>174</b>
<b>Dentistas</b>	<b>7</b>
<b>Farmacêuticos</b>	<b>9</b>

<b>Técnicos e assistentes de farmácia</b>	<b>11</b>
<b>Técnicos de laboratório</b>	<b>207</b>

Fonte: Dados da DRHAS (2009) citados em Perfil dos Recursos Humanos da GB, AHWÓ, 2009

Dois aspectos devem ser salientados: em primeiro lugar, cerca de 24% dos médicos na GB são estrangeiros, sendo a sua distribuição oposta à dos médicos nacionais, 46 % de médicos expatriados encontram-se a nível regional e 89 % de médicos nacionais a nível central (AHWO, 2009; Fronteira, não publicado); em segundo lugar, existem, em todo o território nacional, cerca de 915 trabalhadores comunitários que não são contabilizados como profissionais de saúde (AHWO, 2009).

Em termos de distribuição geográfica, verificam-se grandes assimetrias, sendo maior a fixação de RHS nas zonas urbanas do que nas periféricas. De acordo com a DRHAS, 79% dos médicos encontram-se colocados em zona urbana (Bissau), contra apenas 38,6% dos enfermeiros. O mesmo se verifica com a classe das parteiras (37,9% localizado em zona urbana). Alguns dos factores que contribuem para a não fixação de profissionais de saúde em zonas rurais são a falta de infra-estruturas, como estradas, escolas, lazer, electricidade, água potável, a ausência de atracção financeira e o fraco apoio e supervisão. De notar que 30% da população do país (estimada em 1 548 159 habitantes – dados de 2009) encontra-se concentrada na capital, vivendo a restante população em meio rural (AHWO, 2009).

Relativamente à distribuição por níveis de cuidados, de acordo com dados da DRHAS de 2007, mais de 33 % de todos RHS encontrava-se no terceiro nível de prestação de cuidados (HNSM ou em estabelecimentos de referência de Bissau). Combinando o nível terciário de prestação de cuidados com os recursos humanos colocados na administração central, cerca de 51 % da força de trabalho estava efectivamente em Bissau. Na prestação directa de cuidados, praticamente metade dos RHS estavam colocados no primeiro nível de cuidados e apenas 13% no nível secundário. Este desequilíbrio é mais notório entre a classe médica, encontrando-se uma maior concentração de profissionais nos dois extremos, 24% no nível primário e 59% no terciário (59%), com apenas 17% no nível secundário (Fronteira, s.d).

O serviço público de saúde é complementado por um sector privado lucrativo, concentrado em Bissau, o qual inclui consultórios, clínicas com internamento, laboratórios de diagnóstico e um forte sector farmacêutico. Contudo, não existe informação sobre o âmbito das suas actividades técnicas ou sobre o quadro de recursos humanos em nenhum destes estabelecimentos. No sector privado não lucrativo destacam-se os missionários, ligados à Igreja Católica e Igreja Evangélica, e, as Organizações Não-Governamentais (ONG) nacionais e internacionais. Porém, apesar de considerável a proporção de profissionais com mais de um emprego no sector público (duplo emprego) este ocorre, essencialmente, dentro do próprio sector público.

A fragilidade do sistema de saúde guineense advém também, da forte dependência da ajuda externa para garantir o orçamento público da saúde (Frenteira e Dussault, 2010). Em 2006, 5,08% do Orçamento Geral do Estado foi destinado ao MINSAP e 1,22% do PIB foram gastos em saúde (AHWO, 2009). Em 2007, o total do orçamento público para a saúde foi equivalente ao total de despesas com os RHS (Frenteira e Dussault, 2010). Apesar deste facto, estes últimos anos têm sido marcados pelos atrasos consecutivos no pagamento ao pessoal no sector da saúde. De acordo com Frenteira et al. (2010), em 2007 apenas 75% dos pagamentos foram efectuados atempadamente, representando cerca de 2 a 3 meses de atraso. Estes dados revelam “...a precariedade financeira do país e a significativa necessidade de intervenção de entidades externas, para manter um nível de prestação de cuidados de saúde mínimos à população” (Santana, 2007, citado por AHWO, 2009).

Outro senão é o sistema de educação, também um sector problemático na GB, sendo este caracterizado por um deficiente desempenho e escassos recursos humanos, financeiros e materiais (AHWO, 2009; Frenteira e Dussault, 2010).

Actualmente, a GB possui como instituições de formação local na área dos RHS, a Escola Nacional de Saúde, o INASA e a Faculdade de Medicina, esta gerida por médicos cubanos. Em 2009, encontravam-se a frequentar a Faculdade de medicina 173 alunos, o curso de Enfermagem 428 alunos e o curso Técnico de laboratório 33 alunos, estes últimos leccionados na Escola Nacional de Saúde Pública (dados da DRHAS, 2009). As instalações são descritas como inapropriadas e o corpo docente insuficiente tanto em quantidade como em qualidade (AHWO, 2009). Importa realçar que em 2004,

foi gasto na educação cerca de 2,5% do PIB nacional, muito aquém dos 4% gastos em média pelos países a sul do Sahara (DENARP, 2006). A GB possui também acordos e protocolos com vários países, nomeadamente Portugal, Cuba, Rússia, entre outros, para a atribuição de bolsas a estudantes guineenses no sentido de estes obterem formação superior, nomeadamente Medicina na área da saúde, nesses países.

Apesar das dificuldades e dos obstáculos, as profissões da saúde continuam a ser atractivas para os jovens, o que se revela em médias de 3 a 5 candidatos por vaga, nos cursos de técnicos de laboratório e medicina, respectivamente (AHWO, 2009; Fronteira e Dussault, 2010).

Com o objectivo de criar instrumentos e estratégias que permitissem ultrapassar as dificuldades e dar resposta aos novos desafios de saúde, o MINSAP decidiu avançar, em 2005 com o processo de elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PNDRH II), actualmente em fase inicial de implementação.

Perante o cenário apresentado depreende-se que realidade da GB é por si só fomentadora do fenómeno migratório.

## **2.5 Da Guiné-Bissau a Portugal: motivações e consequências**

*“Nas suas formas e tipologias a migração guineense é um espelho das migrações africanas associadas a razões culturais, étnicas, económicas e políticas, impulsionadas por uma estratégia de sobrevivência”* (Có, 2007).

No que concerne a migração de profissionais de saúde da GB para Portugal, são vários os factores que contribuem para este fenómeno. Analisando o fenómeno de *brain drain* na GB à luz do quadro dos factores clássicos motivadores de migração, este pode ser compreendido através dos factores *push and pull*. Por um lado, os factores *push*, relacionados com os países de origem e com a insatisfação dos profissionais nesses países, incluem aspectos como a falta de condições e de meios de trabalho especialmente em áreas específicas, problemas de distribuição e enquadramento dos profissionais, falta de progressão na carreira, conflitos políticos e guerras armadas, tensões sociais permanentes. Para os RHS da GB estes factores são remuneração precária, más condições de trabalho e difícil progressão de carreira, não absorção pelo



mercado de trabalho dos profissionais recém-formados (Borges, 2010), falta de incentivos financeiros e não financeiros, clima de instabilidade e insegurança, fraca capacidade de gestão e liderança, degradação do estatuto socioeconómico, entre outros (Có, 2009<sup>a</sup>).

Por outro lado, os factores *pull*, relacionados com as ofertas e disponibilidades político-migratórias dos países de imigração, constituem factores de atracção para a emigração e incluem melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida, oportunidade de evoluir na carreira profissional, disponibilidade e avanço tecnológico, sistema de educação de qualidade, reconhecimento profissional por mérito e transparência, e até liberdade intelectual. Para os guineenses os factores acima descritos têm sido impulsionadores da emigração, assim como, as afinidades culturais e linguísticas entre a GB e Portugal e os instrumentos de êxito utilizados por Portugal para a inserção profissional e social dos imigrantes (Có, 2009<sup>a</sup>; Borges, 2010; Marchal e Kegels, 2003). Também as próprias características da GB, descritas no subcapítulo anterior, funcionam como catalisadores deste fenómeno.

Em 2007 foi realizado na GB um estudo (não publicado) sobre a motivação dos profissionais de saúde a partir de grupos focais, em várias instituições de atendimento clínico, públicas e privadas, revelando entre outros aspectos, desmotivação generalizada entre o pessoal que exercia as suas funções no sector da saúde. Os participantes consideraram existirem poucas condições, quer de higiene quer técnicas, falta de dinâmica nas carreiras e baixo vencimento, prevalecendo um sentimento de não recompensa pelo trabalho efectuado (Ferrinho, et al., 2008).

Para além dos tradicionais factores *pull and push*, outros estão na origem, direcção e volume do *brain drain*. Os factores geográficos, essencialmente a distância entre os países de origem e de destino (Có, 2009<sup>a</sup>), a existência prévia de grupos de imigrantes guineenses residentes e em contacto com a GB, sobretudo através de ligações familiares, facilitando a formação de redes sociais de apoio e acolhimento aos novos migrantes, (Tolentino, 2009), a responsabilidade e até a obrigatoriedade moral/tradicional de sustentar todos os outros membros da família (Có, 2004), e ainda questões de saúde não resolúveis na GB. Mais recentemente, existem também motivos de dimensão social e cultural “*na medida em que são informados por lógicas de*

*modernização ou seja, por exemplo, visam buscar também o acesso a bens da modernidade, ou o acesso ao usufruto dos direitos e deveres de cidadania que na GB é precária e incompleta”* (Borges, 2010).

Segundo Borges (2010) os emigrantes distinguem-se por pertencerem aos sectores mais modernos da sociedade guineense, sendo que os motivos económicos são preponderantes para esta população, provenientes das camadas mais favorecidas.

As consequências do fenómeno de *brain drain* podem também ser analisadas sob duas perspectivas distintas: dos que ficam e dos que partem. Para aqueles que ficam representa a perda de investimento em capital humano, escassez de recursos humanos qualificados, dependência de recursos externos, desaceleração do desenvolvimento económico, social e cultural do país e empobrecimento (Ndulu, 2004; Có, 2007). Em termos de saúde, significa também a carência de profissionais, precariedade do sistema de saúde e o seu fraco desempenho e a deterioração da saúde da população. Para os que emigram, representa na generalidade das vezes, um *upgrade* nas condições e qualidade de vida, ainda que em alguns casos, possa “*não corresponder às expectativas no momento da decisão de emigrar*” (Borges, 2010), sobretudo o que se refere às questões laborais. No que concerne as profissões de saúde, este facto tem sido mais notório entre os enfermeiros, sendo que os postos de trabalho a que têm acesso são maioritariamente como trabalhadores por conta de outrem, nos sectores mais desqualificados, precários e muitas vezes informais, do mercado de trabalho.

Tendo em conta o sexo, as mulheres imigrantes encontram empregos geralmente nas profissões na base da hierarquia laboral, como em actividades domésticas e na indústria das limpezas por exemplo (Borges, 2010). Actualmente, a correlação entre formação superior e a possibilidade de um bom enquadramento socioeconómico não é tão positiva, como parecia inicialmente. As componentes socioculturais assim como as redes familiares, sociais, políticas, diplomáticas exercem influencia no enquadramento socioprofissional de certas colectividades e/ou grupos migrantes (Có, 2007). Por outro lado, estas redes sociais transmitem informação do país de destino, reduzindo o nível de incertezas do risco, serve de apoio aos futuros imigrantes, reduz os riscos e os custos de migrar e ajuda a encontrar emprego (Baganha, 2007).

O lado negativo da emigração de profissionais qualificados, incluindo os RHS, é que estes raramente regressam ao país de origem (Dodani e Laporte, 2005). Porém, o fenómeno de *brain drain* nem sempre representa uma perda total para os países de baixo/médio rendimento (Có, 2009<sup>a</sup>).

## **2.6 Desafios e oportunidades: olhando para o futuro**

*“It is time to understand and accept that health professionals’ mobility is part of life in the 21st century”* (Dodani e Laporte, 2005).

Com a globalização e as tendências demográficas nos países receptores assim como, nos países de origem, prevê-se a saída contínua e a um ritmo acelerado de profissionais qualificados dos países de baixo rendimento, sobretudo do continente africano, para os países de elevado rendimento. A longo prazo são precisas estratégias para reforçar a capacidade de formação, de retenção de pessoal qualificado e de alguma forma inverter/abrandar o fenómeno de *brain drain* ou revertê-lo em ganhos para os países de origem (Bach, 2006; Udulu, 2004; Marchal e Kegels, 2003). Por esta diversidade de alternativas, o fenómeno migratório assume em si mesmo inúmeros desafios e oportunidades.

A migração pode trazer benefícios tanto para os profissionais migrantes como para os países receptores e para os países de origem. O primeiro desafio que se coloca é não tentar impedir as correntes migratórias ou o fenómeno migratório mas sim, influenciar os processos envolvidos, para que os resultados da migração e os processos migratórios sejam mais e mais benéficos para um maior número de pessoas (Có, 2009<sup>a</sup>). O *brain gain*, por exemplo, é uma consequência positiva do *brain drain* contemporâneo, representando “a tomada de consciência da realidade da “fuga de cérebros”, da minimização dos efeitos negativos em prol dos efeitos positivos, da valorização do capital humano dos indivíduos, das competências, das redes migratórias e dos saberes” (Có, 2009<sup>a</sup>).

O segundo desafio que se coloca é a gestão do fenómeno migratório. Por um lado, nos países de baixo rendimento esta gestão é realizada através de estratégias de retenção que passam pela melhoria das condições gerais do país e laborais para estes profissionais, e constituam igualmente uma verdadeira aposta no sector da saúde. Serour (2009) vai

mais longe e propõe um conjunto de medidas concretas para o controlo da migração entre os RHS, que inclui: melhoria dos sistemas de informação sobre os RHS; melhoria das condições, instrumentos de trabalho e remunerações; recompensa atribuída pelos países de elevado rendimento aos países de origem pelo capital humano recebido; introdução do task-shifting (transferência de tarefas); e formação médica e investigação nas áreas relevantes para o país (por exemplo, malária, VIH/Sida e parasitoses). É importante salientar que estas estratégias funcionam simultaneamente como factores estimuladores da satisfação e motivação pessoal dos profissionais de saúde (Dodani e Laporte, 2005). Também o encorajamento ao retorno dos RHS emigrados nos países de rendimento elevado está a crescer, impulsionado por vários programas ao longo das últimas décadas, designadamente o *Retorno e Reintegração de Nacionais Africanos Qualificados* (RQAN) implementado na GB antes de 98, o que levou ao regresso de 57 profissionais ou o *Programa Piloto de Retorno Voluntário* (PPRV) dos guineenses com estatuto de refugiado, promovida pela OIM de Lisboa, após o conflito de 1998/9, levando ao regresso de 485 guineenses, mais recentemente é exemplo também o programa *Migração para o Desenvolvimento Africano* (MIDA), que não tem tido frutos na GB (Có, 2009<sup>a</sup>). Segundo Có (2009<sup>a</sup>), estes programas e iniciativas ao retorno consistem em boas oportunidades para o continente africano.

Por outro lado, nos países de elevado rendimento, a gestão deste fenómeno pode ser realizada através de medidas que potenciem a diminuição do recrutamento de profissionais, principalmente, de regiões já carenciadas, como é o caso da GB, preservando contudo questões éticas, nomeadamente da liberdade de escolha individual. No entanto, as leis e políticas dos países desenvolvidos têm constituído entraves aos esforços africanos e das instituições ligadas ao continente na implementação de projectos concretos para o desenvolvimento desta região (Có, 2009<sup>a</sup>). Neste sentido a OMS criou e divulgou mais recentemente o Código Internacional de Recrutamento de Profissionais de Saúde, tendo este como principais objectivos: estabelecer e promover princípios voluntários e práticas éticas de recrutamento internacional de pessoal de saúde, tendo em conta os direitos, obrigações e expectativas dos países de origem, países de destino dos migrantes e trabalhadores da saúde; servir como referência para os Estados-Membros no estabelecimento ou aperfeiçoamento da estrutura jurídica e quadro institucional necessário para o recrutamento internacional de profissionais de saúde; e

fornecer orientações que podem ser utilizadas sempre que necessário na formulação e implementação de acordos bilaterais e outros instrumentos jurídicos internacionais (OMS, 2010).

Na óptica das oportunidades, a emigração de profissionais qualificados pode representar o envio de remessas/receitas para o país de origem, assim como, o investimento em novos negócios, a implementação de ideias inovadoras, o avanço e disseminação tecnológica, a introdução de novas competências, fomentando e promovendo o desenvolvimento desse país (Có, 2009<sup>a</sup>). Em última análise, o envolvimento de profissionais emigrados em estratégias de desenvolvimento do país estimula a formação e a escolarização dos seus concidadãos até níveis superiores e a retenção e fixação destes profissionais no próprio país (Dodani e Laporte, 2005).

As remessas dos emigrantes residentes no estrangeiro constituem uma proporção significativa das receitas externas para muitos países de baixo/médio rendimento (Dodani e Laporte, 2005). A transferência e gestão de remessas são factores potencialmente exploráveis, permitindo por exemplo a geração de mais receitas que poderiam ser investidas nacionalmente no desenvolvimento social e económico do país. No entanto, *“a magnitude e importância económica das remessas, desenvolvimento e crescimento económico, social e, finalmente, equidade, dependerá da capacidade endógena de cada país”* (Dodani e Laporte, 2005).

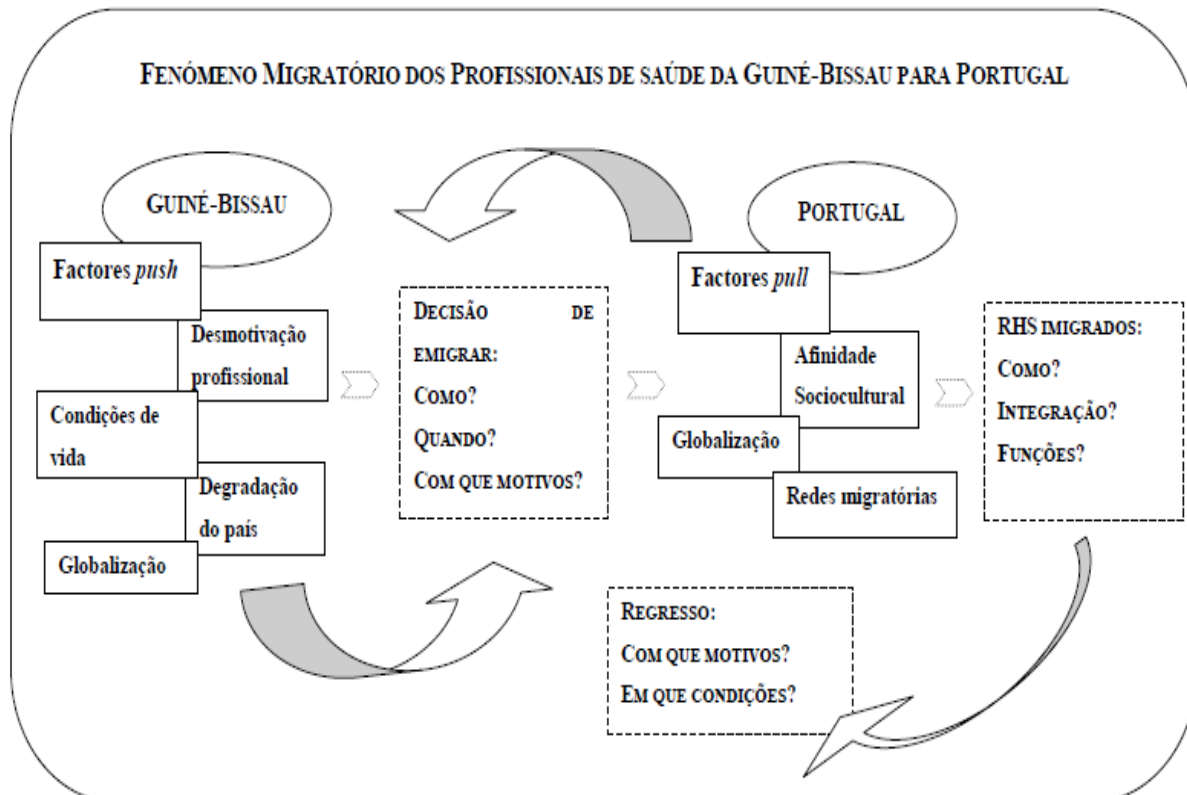
Outra vantagem resulta precisamente da fase de globalização que o mundo atravessa. Num mundo globalizado a localização física de uma pessoa pode, ou não, ter capacidade de impacto na saúde das populações. Os profissionais de saúde nos países de elevado rendimento podem ter, por exemplo, a maioria do seu portfolio de trabalho nos países de baixo/médio rendimento, a partir da facilidade de comunicação, das viagens rápidas e da maior colaboração entre países de elevado e baixo rendimento. Novas formas de contribuição dos profissionais de saúde para os países de origem poderão surgir, tais como teleconferência, internet, transferência de conhecimento, workshops, entre outras. (Dodani e Laporte, 2005).

Na verdade, o fenómeno migratório contemporâneo exige uma abordagem global, equilibrada e sobretudo atenta aos sinais de uma realidade em constante mutação (SEF, 2009).

Em síntese: o fenómeno migratório é uma realidade exacerbada pela “era” da globalização. Os fluxos, a disseminação e o acesso rápido à informação, assim como, as viagens rápidas, a mobilidade acentuada de pessoas, têm sido factores fomentadores da migração. O seu impacto tem sido mais notório nos países de regiões mais carenciadas. Entre os profissionais qualificados, em especial os profissionais de saúde, este fenómeno tem assumido proporções significativas, manifestado também, pelo impacto nos países de origem, ao nível da saúde das populações. A GB é reflexo disso. Pelo seu contexto socioeconómico, instabilidade político-militar, condições precárias de vida e de trabalho, falta de oportunidades e acesso limitado a formação, a emigração constitui uma alternativa atractiva. Portugal, por outro lado, reúne tais características, tornando-se o principal país receptor de imigrantes guineenses. Recentemente, novas formas de migração têm surgido, exigindo não só adaptação dos países envolvidos, como também medidas, para que estes países possam beneficiar com os novos fluxos migratórios.

### 3. QUADRO CONCEPTUAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo por base a questão de investigação “*Quais as características do fenómeno migratório de Profissionais de Saúde da Guiné-Bissau para Portugal?*”, este estudo começou por apresentar o *estado da arte* do fenómeno migratório, assim como as suas principais características e intervenientes. A partir da revisão da literatura verificou-se que são vários os factores que caracterizam e influenciam a decisão de emigrar. A GB, à semelhança de outros países de baixo rendimento, oferece aos profissionais de saúde condições precárias de vida e de trabalho. Por outro lado, Portugal é visto como uma alternativa atractiva, não só pelas melhores condições de vida e de trabalho, como também pela proximidade histórica e cultural que une os dois países. A realidade mostra que existem cada vez mais profissionais de saúde a procurar a emigração como alternativa, e Portugal, como país de destino. O seguinte quadro conceptual, retrata esta relação de factores que caracterizam a emigração dos profissionais guineenses para Portugal.



O quadro conceptual apresenta as principais etapas do processo migratório dos profissionais de saúde da GB para Portugal, emergindo de a cada uma destas questões que as envolvem e para às quais se procura resposta com o presente estudo. Em primeiro lugar o quadro indica que, tanto a GB como Portugal, apresentam factores que contribuem para a decisão de emigrar, a primeira etapa do processo emigratório. Por um lado, as condições laborais (falta de material e equipamento, baixos salários, infra-estruturas desadequadas e sem manutenção, entre outras) e a insatisfação profissional dos profissionais de saúde (fraco acesso a formação, falta de valorização e perspectiva de crescimento profissional, entre outros) constituem os factores *push* na GB, por outro, as ofertas e oportunidades profissionais, associadas a melhores remunerações e a melhores condições, constituem os factores *pull*, presentes em Portugal. Para além disso, existem ainda as afinidades culturais e as redes migratórias guineenses que têm contribuído para esta decisão. A decisão de emigrar diz respeito, não só à escolha pela opção de sair da GB, mas também à saída efectiva do país. Importa conhecer quando e como foi tomada essa decisão? Quais os motivos impulsionadores da emigração? A segunda etapa do processo migratório consiste na chegada e na integração no país de imigração/acolhimento. Por integração entende-se a forma como estes profissionais são assimilados/incorporados social e profissionalmente na realidade portuguesa. Em Portugal, onde estão estes profissionais de saúde? O que fazem? Encontraram o que procuravam? Finalmente, a decisão de regressar à GB consiste na última etapa do processo migratório, que nem sempre está presente ou consiste numa verdadeira etapa deste processo. Contudo, importa conhecer as motivações reais ou hipotéticas para o regresso, assim como as condições para o fazerem. Todo este processo tem vindo a ser impulsionado indirectamente pela globalização.

Assim, a partir do quadro conceptual emergem as seguintes questões:

- Quais as motivações dos profissionais de saúde da Guiné-Bissau para imigrarem para Portugal?
- Como e quando foi tomada a decisão de emigrar?
- Como decorreu a integração na vida profissional em Portugal?
- Qual a actividade profissional que desempenham/desempenharam em Portugal?
- Que motivos para o regresso ao país de origem?



- Como e quando foi tomada a decisão de regressar?
- Em que condições?

No sentido de encontrar uma resposta para estas foram criados os seguintes objectivos para o presente estudo:

- **Objectivo Geral**

Caracterizar o fenómeno migratório dos profissionais de saúde guineenses para Portugal, ao longo de todo o processo migratório, desde a decisão de emigrar, à decisão de regressar.

- **Objectivos Específicos**

- Identificar as motivações que levam os profissionais de saúde da Guiné-Bissau a imigrarem para Portugal.
- Descrever as condições de vida e de trabalho dos profissionais de saúde Guineenses em Portugal.
- Identificar as actividades profissionais desenvolvidas actualmente pelos profissionais de saúde Guineenses em Portugal.
- Identificar os motivos para o regresso dos profissionais de saúde ao país de origem.

## **4. Material e Métodos**

### **4.1 Desenho de estudo**

De forma a abordar a problemática anteriormente exposta optou-se pela realização de um estudo de caso. A escolha deste tipo de estudo deve-se ao facto de este ser especialmente adequado quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos vários factores (Yin, 2003), sendo este particularmente utilizado quando se pretende aprofundar conhecimento sobre um indivíduo, um grupo, uma organização, um fenómeno social ou político (Martins, s.d). Salienta-se também que este tipo de estudo é preferido na análise de acontecimentos recentes e quando os comportamentos relevantes a ele associados não podem ser manipulados (Ryan, et al., 2007).

Partindo das várias teorias e estudos sobre o fenómeno migratório, dos motivos impulsionadores entre os RHS, e do contexto particular da GB, procurou-se conhecer a realidade do fenómeno neste país. Definiu-se então, como caso em estudo, o fenómeno migratório dos profissionais de saúde e como objecto de estudo, a emigração dos profissionais de saúde da GB para Portugal continental.

Segundo Yin (2003), os estudo de caso podem ainda assumir diferentes tipos de desenho. Para este estudo foi considerado um desenho de estudo de caso único com várias unidades de análise. Este tipo de desenho ocorre quando dentro de um único caso, uma unidade ou várias unidades são focadas e analisadas. As unidades, seleccionadas por técnicas de amostragem (ou outras), representam geralmente uma oportunidade para estender e aprofundar a análise/investigação, reforçando os *insights* para o caso único em estudo. No entanto, neste tipo de desenho existe o risco de se prestar demasiada atenção às unidades de análise e não ao caso único (de forma holística) podendo levar à mudança de direcção ou à alteração da natureza do estudo (Yin, 2003).

O presente estudo foi realizado em dois momentos, determinados pela localização geográfica: o primeiro momento na GB e o segundo em Portugal Continental. Em ambos os momentos as unidades de análise utilizadas foram os profissionais de saúde da GB.

## 4.2 Abordagem de Investigação

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma abordagem qualitativa. A investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais dada a pluralidade dos universos de vida e está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e actividades das pessoas nos seus contextos próprios (Flick, 2005). Para além disso, permite o reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, a utilização de uma variedade de métodos e especialmente, a reflexão do investigador sobre a investigação, como parte do processo de produção do saber (Flick, 2005).

Por estas características e por *“mais do que testar teorias já conhecidas, anteriormente formuladas, o objectivo da investigação é descobrir teorias novas, empiricamente enraizadas”* (Flick, 2005), a abordagem qualitativa foi a que melhor respondeu aos objectivos propostos para este estudo.

## 4.3 População e Amostra

Este estudo teve como população alvo os profissionais de saúde guineenses que:

- a) se encontravam imigrados em Portugal Continental;
- b) estiveram imigrados em Portugal Continental e regressaram ao país de origem;
- c) residem na GB e são potenciais emigrantes (para Portugal);

Foram considerados profissionais de saúde aqueles que concluíram o ensino específico e creditado na GB ou em países com protocolos de ensino com a GB, como Cuba, Rússia e mais recentemente, o Brasil, encontrando-se habilitados a exercer funções nas áreas de medicina, enfermagem, ciências farmacêuticas e técnicas laboratoriais (Kirch, 2008). Foram ainda, considerados emigrados em Portugal aqueles que viviam em Portugal Continental há um ou mais anos, à data da colheita de dados, independentemente de possuírem o título de residente atribuído pelas autoridades portuguesas e que tivessem tido experiência laboral na GB. O mesmo critério foi aplicado aos profissionais de saúde já regressados à GB. Relativamente aos

profissionais de saúde guineenses a residir na GB, foram considerados potenciais emigrantes aqueles que se encontravam em exercício profissional no seu país.

Em investigação qualitativa os participantes são geralmente recrutados para o estudo devido à sua exposição ou experiência relativamente ao fenómeno em questão (Ryan et al., 2007) e *“o investigador deve socorrer-se das condições necessárias para descrever o fenómeno, em profundidade e em todas as suas dimensões. Recorrerá por isso a participantes que representem tantas realidades quantas o fenómeno compreende”* (Fortin, 2003).

A amostra de profissionais de saúde guineenses imigrados em Portugal e regressados à GB foi seleccionada através da técnica de amostragem não-probabilística, isto é, não havendo recurso de uma forma aleatória de selecção, do tipo bola de neve. A técnica bola de neve consiste na selecção inicial de um individuo ou pequeno grupo de potenciais participantes a quem, posteriormente, é solicitada a indicação de outros individuos pertencentes à mesma população alvo em estudo. Este processo pode ser repetido as vezes que forem necessárias, levando ao efeito bola de neve, até que seja atingido o ponto de saturação (Rea e Parker, 1997). A escolha desta técnica deve-se ao facto de esta ser particularmente útil quando o processo de identificação de potenciais participantes é difícil e/ou pelo facto de se tratar de um universo populacional pequeno (Castilho, 2009).

Na GB, o processo de selecção teve início junto das autoridades de saúde, nomeadamente na DRHAS, com a identificação de profissionais de saúde regressados ao país provenientes de Portugal. O primeiro profissional identificado e entrevistado foi um médico, contudo este não identificou nenhum profissional de saúde que cumprisse os critérios de inclusão estabelecidos não levando ao “efeito bola de neve”. Posteriormente, através de contactos pessoais do investigador foi identificado um enfermeiro, sendo este o ponto de partida para a aplicação da técnica bola de neve.

Em Portugal, esta técnica foi aplicada através de contactos pessoais do investigador, que serviram de meio para a identificação de profissionais de saúde. A técnica bola de neve foi aplicada em simultâneo na região Norte e Centro do país, para que melhor se pudesse caracterizar as condições de vida e integração destes profissionais em Portugal. O primeiro contacto elegível, em ambas as regiões, foi um médico.

Para o grupo de profissionais de saúde guineense potencialmente emigrante, foi utilizado o tipo de amostragem não probabilístico por conveniência, determinado pela “*facilidade de acesso aos indivíduos de interesse*”, tornando-se particularmente vantajoso quando “*os recursos humanos e de tempo são limitados*” (Flick, 2005). Neste sentido, o grupo de profissionais enfermeiros tornou-se o de mais fácil acesso não só pelos factores acima descritos, mas também pelo facto de o investigador trabalhar directamente com este grupo de profissionais.

No decurso do estudo foi sentida a necessidade de complementar as informações facultadas pelos entrevistados, sobretudo na GB, e aprofundar os conhecimentos construídos através da pesquisa bibliográfica, optando-se pela selecção de um conjunto de informadores chave, representantes de entidades ligadas à saúde, especificamente aos RHS.

Na GB, em representação da DRHAS do MINSAP foi entrevistada a actual Directora dos RHS, em representação da Ordem dos Médicos e da Associação Nacional dos Enfermeiros e Parteiras (ANEP) foram entrevistados os respectivos vice-presidentes.

O processo de selecção deste grupo foi do tipo não probabilístico intencional, uma vez que foram seleccionados os indivíduos da população que se sabia serem detentores de informações pretendidas para o estudo. De acordo com Yin (2003), os informadores chave assumem um papel importante nos estudos de caso na medida em que, para além de oferecem *insights* sobre o assunto pretendido, sugerem fontes corroborativas ou de evidência contrária, podendo até conceder/proporcionar o acesso a essas mesmas fontes (Yin, 2003). Uma das desvantagens da utilização deste tipo de fonte é que são auscultadas versões sobre a problemática em estudo (em que poderão existir interesses particulares) podendo levar a que alguns dos aspectos do fenómeno em estudo sejam desprezados (Bowling, 1997).

Em suma:

POPULAÇÃO ALVO	AMOSTRAGEM	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	PERFIL
<b>Profissionais de saúde guineenses imigrados em Portugal</b>	Não-probabilística do tipo bola de neve	-Habilitados com certificado para o exercício de funções nas áreas da Medicina, Enfermagem, Farmácia e Técnicas laboratoriais; -Imigrados em Portugal há mais um ou mais anos; - Experiência profissional na GB;	-12 profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 médicos (5 do sexo masculino e 4 do sexo feminino)</li> <li>• 3 enfermeiros (1 do sexo masculino e 2 do sexo feminino)</li> </ul> - Idade média: 46 anos
<b>Profissionais de saúde guineenses regressados à GB</b>	Não-probabilística do tipo bola de neve	-Habilitados com certificado para o exercício de funções nas áreas da Medicina, Enfermagem, Farmácia e Técnicas laboratoriais; -Emigrados em Portugal há mais um ou mais anos; - Experiência profissional na GB;	- 4 profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico (sexo masculino)</li> <li>• 3 enfermeiros (2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino)</li> </ul> - Idade média: 47 anos
<b>Profissionais de saúde potenciais emigrantes</b>	Não-probabilística por conveniência	- Exercício profissional na GB;	- 3 grupos focais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros chefes de diferentes regiões (8 elementos)</li> <li>• Enfermeiros chefes do HNSM (6 elementos)</li> <li>• Enfermeiros do</li> </ul>

			HNSM (6 elementos)
--	--	--	-----------------------

#### 4.4 Recolha de dados

Segundo Yin (2003), “*um bom estudo de caso é aquele que utiliza o maior número de fontes de informação possível*”. Na verdade as diferentes fontes de informação/recolha de dados são na maioria das vezes complementares entre si. Neste estudo a recolha de dados foi realizada através dos métodos entrevista semi-estruturada e entrevista de grupo focalizada.

A entrevista semi-estruturada caracteriza-se pelo emprego de uma lista de perguntas ordenadas (para conseguir um contexto equivalente) e redigidas (para terem o mesmo significado) por igual para todos os entrevistados, mas de resposta livre ou aberta (Moreira, 2007). Segundo Flick (2005), existem diversos tipos de entrevista semi-estruturada, nomeadamente: entrevista focalizada, entrevista semi-padronizada, entrevista centrada no problema, a entrevista a especialistas e a entrevista etnográfica.

No presente estudo foi utilizada a entrevista centrada no problema e a entrevista a especialistas. A entrevista centrada no problema caracteriza-se por três critérios nucleares: centra-se no problema, orienta-se para o objecto de estudo e finalmente possui uma orientação processual bem definida. A sua concepção pressupõe a construção de um guião da entrevista, que inclua perguntas específicas e estímulos narrativos, o registo gravado e a transcrição do conteúdo, e posteriormente a análise pelo investigador (Flick, 2005). Com base no guião o entrevistador deve decidir quando introduzir na conversa o seu interesse pelo problema, na forma de perguntas directivas, para melhor discriminação do tema (Flick, 2005).

Este método de recolha de dados foi aplicado aos profissionais de saúde imigrados em Portugal Continental e aos profissionais de saúde regressados à GB. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente e gravadas através de um aparelho audio-gravador tendo um tempo médio de duração de 40 minutos.

Na GB foram realizadas 4 entrevistas a profissionais da saúde (1 médico e 3 enfermeiros) na cidade de Bissau. De notar que o número de entrevistas não esteve

neste caso relacionado com o ponto de saturação de informação mas sim com a identificação de profissionais regressados à GB depois de emigrados em Portugal.

Em Portugal continental as entrevistas foram realizadas em duas regiões, na região Norte especificamente na cidade do Porto e Santo Tirso, e na região Centro na cidade de Lisboa, Amadora e Entroncamento, com o objectivo de melhor se caracterizar a situação e condição dos imigrantes guineenses no país. Foram realizadas no total doze entrevistas a profissionais de saúde a residir em Portugal continental, dos quais nove médicos (5 na região Centro e 4 na região Norte) e três enfermeiros (2 na região Centro e 1 na região Norte), tendo sido atingido o ponto de saturação de informação, isto é, *“quando já nada de novo aparece”* (Flick, 2005).

Foram construídos dois guiões de entrevista, um para os profissionais de saúde emigrados em Portugal e outro para os profissionais regressados à GB, contendo ambos um conjunto de perguntas fechadas de identificação e de perguntas abertas (Anexo I, A e B).

Para o grupo de profissionais de saúde potencialmente emigrante foi utilizado como método de recolha de dados a entrevista de grupo focalizada, especificamente a técnica de grupo focal. A entrevista de grupo é um método de recolha de dados essencialmente qualitativo que se baseia na colocação de perguntas a um conjunto de indivíduos em simultâneo, num ambiente formal ou informal (Fontana e Frey, 2005). O grupo focal pode ser utilizado em combinação com outras técnicas, sendo especialmente útil para gerar hipóteses baseadas nas intuições dos participantes, avaliar diferentes zonas de investigação ou estudar populações, por exemplo.

Foi criado um guião com um conjunto de questões/temas (Anexo II) tendo sido aplicado a três grupos focais diferentes. O primeiro grupo (grupo 1) constituído por 8 enfermeiros chefes de três regiões sanitárias da GB (não estando incluída a região autónoma de Bissau), o segundo grupo (grupo 2) constituído por 6 enfermeiros chefes do HNSM, incluindo o Enfermeiro Director, e o terceiro (grupo 3) constituído por 6 enfermeiros na prestação de cuidados no HNSM.

Os grupos focais foram realizados em momentos diferentes, com uma duração média de 1h20 tendo sido utilizado como método de registo a gravação áudio. Todas as sessões contaram com a presença do investigador/moderador e de um co-moderador, a quem foi



atribuída a função de recolher as informações não verbais transmitidas pelos participantes.

No caso dos informadores chave, foi aplicado o método de entrevista semi-estruturada, que de acordo com Flick (2005) pode também ser designada por *entrevista a especialistas*. Neste tipo de entrevista a pessoa tem mais interesse como perito numa determinada área do que como pessoa no seu todo. Geralmente estes são incluídos no estudo representando um grupo e não como casos únicos, o que se verifica neste estudo (Flick, 2005). Tal como a entrevista semi-estruturada centrada no problema, este tipo de entrevista requer um guião de forma a “*assegurar que a entrevista não se perde em temas irrelevantes e permite ao perito expressar a sua posição e a sua perspectiva na matéria*” (Flick, 2005). Foram construídos dois guiões, um para a DRHAS e outro para ser aplicado tanto na Ordem dos Médicos como na ANEP (Anexo III, A e B). Foram realizadas um total de 3 entrevistas a informadores chave na GB.

Todos os métodos aplicados, com excepção das entrevistas realizadas aos informadores chave, foram realizados com consentimento informado assinado, tendo sido garantido o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade das informações (Anexo IV).

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados gravados durante a fase de recolha de informação foram transcritos e posteriormente analisados. Segundo Bardin (2009), o recurso à análise de conteúdo é indispensável para tirar partido de material qualitativo, constituído geralmente por “*material verbal rico e complexo*”.

O processo metodológico da análise de conteúdo engloba fundamentalmente três técnicas, nomeadamente a análise de conteúdo sintetizadora, a análise de conteúdo explicativa e a análise de conteúdo estruturante. Neste estudo a técnica utilizada foi a de análise de conteúdo sintetizadora. Esta técnica consiste no parafraseamento do material, isto é, saltam-se as passagens e parafrases menos relevantes, com o mesmo significado (primeiro nível de redução), e são agrupados e resumidas as parafrases similares (segundo nível de redução) (Flick, 2005). O objectivo é, neste caso, contrariamente a outras abordagens, a redução do material, condensando-o em “*formulações mais gerais*,

*no sentido de sintetizar o material a um nível de abstracção mais alto. A formalização deste procedimento gera um esquema de categorias uniforme que facilita a comparação dos diferentes casos a que vai sendo aplicado” (Flick, 2005).*

A análise de conteúdo sintetizadora foi realizada de forma individual, tanto para a informação recolhida pelas entrevistas semi-estruturadas como para os grupos focais.

Este processo consistiu em primeiro lugar na organização de grupos temáticos a partir das questões presentes no guião das entrevistas semi-estruturadas e das entrevistas de grupo, dando origem posteriormente, a um conjunto de categorias inseridas em cada grupo. Os grupos temáticos assim como, as categorias que os constituíam, foram organizadas de forma sequencial, tendo em conta as etapas do processo emigratório, começando pela decisão de emigrar, passando pela saída do país de origem e pela integração no país receptor (Portugal), às motivações para o regresso.

Para as entrevistas individuais semi-estruturadas recorreu-se ainda a análise exploratória dos dados de identificação dos entrevistados. Esta análise fez-se através da estatística descritiva, para que a partir da exploração dos dados, aspectos ou padrões de maior interesse pudessem ser identificados ou revelados (Murteira, 2004). A estatística descritiva descreve, de forma sumária, algumas características de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados. Dado que as amostras utilizadas no estudo não foram aleatórias, não tem significado a inferência estatística (Hill e Hill, 2005). Esta análise foi efectuada com recurso ao software *Office 2007*, especificamente com o programa *Excel*.

## **5. Resultados**

A apresentação dos resultados terá por base as diferentes unidades de análise utilizadas no presente estudo de caso, assim como as técnicas de recolha de dados aplicados a cada uma destas. Em primeiro lugar serão apresentados os resultados da análise das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais de saúde regressados à GB, seguindo-se a análise das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais de saúde emigrados em Portugal. Cada um dos subcapítulos acima mencionados terá uma breve apresentação dos resultados da análise exploratória dos dados. Posteriormente, seguem-se os resultados da análise efectuada aos grupos focais realizados aos enfermeiros em exercício na GB e potenciais emigrantes, e por último, apresenta-se a análise das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos informadores chave.

Antes de avançarmos para a apresentação dos resultados um ponto merece ser destacado. O desenho do estudo, assim como a escolha do tipo de amostragem foi feito no sentido de incluir a maior diversidade possível de classes de profissionais de saúde emigrantes com diferentes situações profissionais. Contudo, devido à predominância de profissionais emigrantes/migrantes dentro da classe médica e da classe de Enfermagem, consistindo em 90% dos profissionais de saúde estrangeiros em Portugal (Ribeiro, s.d.), a amostra e consequentemente a recolha de dados, convergiu para estes profissionais. Nesse sentido, os resultados dizem respeito aos enfermeiros e médicos migrantes ou potencialmente emigrantes guineenses. Não será este facto já um resultado!

### **5.1 Análise das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a profissionais de saúde regressados à GB**

#### **5.1.1 Análise exploratória**

Realizou-se um total de 4 entrevistas na GB, nas quais 3 dos entrevistados são do sexo masculino e 1 do sexo feminino. A idade média dos profissionais entrevistados é de 47,3 anos, sendo à chegada a Portugal de 36,0 anos. Dos entrevistados, 3 são profissionais de Enfermagem e 1 de Medicina. O ano de emigração encontra-se entre

1986 e 2006, sendo que 3 das emigrações ocorreu depois do ano 2000. Quanto ao ano de regresso à GB encontra-se entre o ano 2008 e 2010 inclusive.

### **5.1.2 Análise de conteúdo**

Relativamente às condições de trabalho, dois dos profissionais entrevistados (médico e enfermeiro), os quais desempenhavam funções na prestação directa de cuidados, descrevem uma situação de precariedade, salientado especialmente, limitações em termos de conhecimento e qualificação dos profissionais, não apenas dos próprios como das classes profissionais. Para além disso, referem também limitações em termos de condições e acesso a materiais. Por outro lado, os outros dois entrevistados, os quais desempenhavam funções na área de gestão e planeamento no MINSAP, apresentam uma visão menos negativa da situação laboral (antes de emigrarem), dizendo “o trabalho era bom, tive sorte” ou “eu gostava do meu trabalho e nunca tive problemas”. Dois dos entrevistados referem ainda, que o salário era inadequado/insuficiente e que não havia oportunidade de serem concedidas transferências de local de trabalho.

Quanto aos motivos de emigração, três profissionais referem razões de saúde, dois dos quais referem não terem saído com a intenção de emigrar. Apenas um refere que a situação de instabilidade do país e a falta de reconhecimento profissional foram factores impulsionadores. Para além disto, o profissional médico refere que deixou o país para obter formação.

Para os quatro profissionais de saúde a saída do país não foi um processo complicado: três conseguiram visto para Portugal através de juntas médicas e um através da atribuição de uma bolsa de estudo do MINSAP

Relativamente à integração em Portugal, todos os profissionais referem o primeiro semestre como sendo um período de maior dificuldade tanto a nível sociocultural como a nível profissional. Para o profissional médico, este está relacionado com o período de estudo para o exame à ordem; já para os profissionais enfermeiros este período diz respeito à tentativa de obtenção de equivalência, incluindo a reunião da documentação necessária.

Destaca-se ainda que os três enfermeiros exerceram outras actividades profissionais em Portugal e tiveram mais do que um emprego simultaneamente. Apenas um dos enfermeiros, que emigrou em meados dos anos 80, conseguiu ao fim de 5 anos, equivalência e autorização para exercer a profissão de Enfermagem.

Os enfermeiros que não conseguiram equivalência desempenhavam funções como auxiliares de acção médica em casas de repouso/lares de idosos e paralelamente, prestavam serviço domiciliário, referindo que “custava-me muito mas era assim para poder completar porque ganhava pouco, pouco mais de 500 euros”, e ainda, “eu digo-lhe uma coisa: lá não é fácil!” ou “eu não passava a minha vida assim”.

Quanto ao apoio recebido, todos os entrevistados referem ter tido o apoio de familiares e/ou amigos guineenses emigrados em Portugal, sendo que apenas um refere ter tido também apoio institucional, tanto a nível das necessidades básicas como géneros e roupa, como a nível profissional, através de formação e apoio na procura de emprego.

É também comum a todos os entrevistados a referência a uma melhoria significativa das condições de vida, devido sobretudo ao aumento/*upgrade* salarial assim como ao seu pagamento atempado, e ainda é sentido, por dois profissionais como uma “boa experiência”. Por outro lado, este período é também descrito por dois dos enfermeiros entrevistados como sendo “duro” devido ao emprego duplo, ao stress e ao dinheiro que “chegava apenas para pagar as despesas”.

Em relação ao processo migratório em si, como referido, três dos entrevistados chegaram a Portugal por motivos de doença, um por doença própria e dois por doença de um familiar. Apenas um conseguiu posterior reagrupamento familiar.

Durante a sua permanência em Portugal, todos os entrevistados manifestavam vontade de regressar à GB . Dos quatro profissionais de saúde entrevistados, dois enfermeiros regressaram com contratos com uma ONG portuguesa, um enfermeiro regressou para um cargo de gestão e planeamento no MINSAP (o qual tinha deixado para emigrar) e o profissional médico regressou apenas quando teve a garantia de possuir o equipamento necessário para o exercício da especialidade em consultório privado no seu país de origem. Para além disto, todos os enfermeiros regressaram com situações mais ou menos confortáveis em Portugal, ou seja, todos eles em situação legal e/ou em processo de obtenção de nacionalidade e dois deles com licenças sem vencimento. Estes

profissionais não excluem o regresso a Portugal, seja por término do contracto actual, seja pelo encontro de melhores condições emigrados.

A questão de proximidade familiar é também destacada por dois entrevistados como sendo um factor importante para o regresso.

No que diz respeito às diferenças na GB, enquanto país, pré e pós emigração salienta-se que é referido por todos a degradação geral do país, sendo referido por dois enfermeiros o aumento da insegurança e instabilidade e por um dos entrevistados a falta de responsabilização dos profissionais, autoridades e população em geral, “As pessoas têm medo de se responsabilizar e de exigir devido à sua base cultural” e “todos têm medo de todos”.

Quanto às condições de trabalho actuais é referido por todos como tendo havido um *upgrade*.

Em termos de impacto da experiência migratória, dois profissionais referem melhorias em termos de competências técnicas, um profissional refere ainda ter aprendido a trabalhar sob pressão, ter desenvolvido espírito de equipa e de “disponibilidade” e um profissional refere que a sua experiência poderá levar à mudança de comportamento e mentalidades, incentivando comportamentos solidários e “fazendo as pessoas pensarem”.

#### **LENDO NAS ENTRELINHAS**

- 1) Parecem existir diferenças na percepção da situação laboral da GB entre os profissionais de saúde prestadores de cuidados e aqueles que assumem cargos de gestão, coordenação e planeamento;
- 2) A percepção da degradação e precariedade laboral é descrita pelos entrevistados pela falta de material, equipamento, medicação e baixo salário.
- 3) A passagem por Portugal é descrita como uma boa experiência mas marcada por situações “duras”, apesar das melhores condições de vida;
- 4) Todos os profissionais de saúde regressaram à GB com condições melhores ou

para posições melhores em termos laborais do que as que deixaram em Portugal ou na GB antes de emigrarem;

- 5) Os profissionais de saúde optam pela regresso com a garantia de poder voltar novamente para Portugal.

## **5.2 Análise das entrevistas semi-estruturadas efectuadas a profissionais de saúde guineenses em Portugal**

### **5.2.1 Análise exploratória**

Foram realizadas um total de 12 entrevistas, nas quais 42% dos entrevistados são do sexo feminino e 58% do sexo masculino. A média de idades é de 46,5 anos, sendo que à chegada a Portugal era de 36,3 anos. 75% dos entrevistados são profissionais médicos e 25% profissionais enfermeiros. O ano de emigração encontra-se entre 1992 e 2007, sendo que 50% emigrou entre o ano 1998 e 2000.

Entre a região Norte e a região Centro destacam-se os seguintes aspectos: 80% dos entrevistados da região Norte são do sexo feminino, enquanto que, na região Centro 86% são do sexo masculino. A idade de chegada a Portugal é ligeiramente superior nos profissionais que residem na região Centro 37,1 anos contra 35,0 anos da região Norte.

### **5.2.2 Análise de conteúdo**

Relativamente às condições de trabalho na GB, todos os profissionais de saúde referiram condições difíceis e de precariedade associadas à falta de materiais, incluindo meios de diagnóstico e medicamentos, tendo sido descrito por quatro entrevistados a sensação de “impotência” perante situações que surgiam em contexto de trabalho, “trabalho doloroso pela impotência perante algumas situações” e “...como profissional é frustrante”. Todos os profissionais de saúde entrevistados se encontravam na prestação directa de cuidados, sendo que dois destes exerciam também funções no MINSAP.

Outros aspectos foram salientados, tais como a falta de RHS, a fraca qualidade da formação, assim como a falta de investimento nesta, associada à não progressão na

carreira, mencionado por quatro profissionais. Destaca-se ainda o salário inadequado/insuficiente pago de forma irregular, referido por três profissionais.

No que diz respeito às motivações para a emigração, à partida parecem meramente circunstanciais, uma vez que dentro da classe médica cinco profissionais emigraram devido ao conflito armado de 1998 e quatro por motivos de saúde – juntas médicas. Já na classe de enfermagem dois profissionais referem a pressão exercida pelo cônjuge emigrado *à priori*, e um por desgosto pela morte do cônjuge. De notar que neste último caso o entrevistado encontrava-se já emigrado em Cabo Verde antes de optar por Portugal. Contudo, importa salientar que três dos profissionais médicos já tinham pensado em emigrar, antes do conflito armado, para a obtenção/ progressão de formação. Em oposição a isto, dois médicos, ambos a desempenhar funções no MINSAP, referem que a intenção quando se refugiaram em Portugal nunca foi emigrar porque “(eu) já tinha um percurso profissional” e “não tinha necessidade de vir para cá” e ainda, “eu tinha uma vida boa...”.

Tendo em conta o descrito, o processo de saída da GB foi relativamente simples para todos os entrevistados. No entanto vale a pena reforçar que ao contrário da classe médica, nenhum dos enfermeiros entrevistados saiu do país de origem com o título de refugiado ou por junta médica, mas sim por convite de familiares e/ou amigos guineenses que se encontravam imigrados em Portugal.

No que diz respeito aos acompanhantes familiares ou outros no processo emigratório do profissional de saúde, parece não existir um padrão, estando este facto intimamente relacionado com o motivo de saída do profissional de saúde.

Todos os entrevistados tinham em Portugal um contacto prévio e referem ter recebido o apoio de familiares ou amigos que já se encontravam em Portugal. De salientar que os profissionais de saúde a residir na região Norte referem ter recebido apoio institucional o que não acontece com aqueles que se encontram a residir na região Centro. Deste destaca-se o apoio em géneros, o apoio da segurança social enquanto refugiados e ainda o apoio de instituições ligadas à igreja católica.

É distinto o processo de integração dos profissionais de saúde médicos do dos profissionais de saúde enfermeiros em Portugal. Imediatamente se verifica que nenhum dos enfermeiros entrevistados conseguiu o reconhecimento da sua categoria profissional



e consequentemente autorização para desempenhar funções, o que não aconteceu entre o grupo de médicos entrevistados. Porém, é comum a todos os profissionais entrevistados a referência a um período “complicado”, “difícil”, entre os primeiros 6/9 meses. Para os médicos, esta dificuldade é atribuída ao período de obtenção da autorização para o exercício profissional, incluindo a obtenção dos documentos necessários, e a realização do exame exigido pela ordem. Para além disso, este período é ainda marcado por dificuldades económicas, havendo necessidade, por vezes, de recorrer a outras actividades profissionais, tendo este facto sido referido por dois profissionais. Também se destaca a dificuldade de adaptação em termos culturais, referido por três profissionais, e a nível profissional na “forma de trabalhar”, referido por dois médicos entrevistados.

No que diz respeito aos enfermeiros, as dificuldades passam pela não obtenção de equivalência curricular e por conseguinte o não reconhecimento das qualificações profissionais, levando ao ingresso em actividades não diferenciadas como trabalho na área da restauração (como cozinheiras ou copeiras) ou na área das limpezas. Dos três enfermeiros entrevistados, apenas um não desempenhava as funções acima descritas, estando este a exercer a actividade de auxiliar de acção médica. De notar que neste último caso se trata de um enfermeiro do sexo masculino.

Quanto às diferenças percepcionadas entre a vida na GB e a vida em Portugal, estas são claramente distintas entre os profissionais médicos e os profissionais enfermeiros, pelo facto de um grupo ser reconhecido profissionalmente e outro não. No que concerne os médicos, cinco profissionais destacam o salário como sendo uma das principais diferenças, “trabalhávamos muito na GB e no final não havia salário. Aqui trabalha-se mas no final do mês temos o salário na conta”. O acesso a formação e conhecimento é também destacado por quatro profissionais médicos, sendo referido que em Portugal é possível “crescer como profissional e na GB não conseguiria” e ainda, em Portugal “existe a possibilidade de intercâmbio de conhecimentos e experiências”. O acesso a material e a estruturas adequadas é também referido por dois profissionais. Em termos de condições de vida, dois profissionais, um dos quais enfermeiro, referem melhorias a nível habitacional.

Por outro lado, um profissional de saúde refere que “a vida na GB era melhor”, tendo sido referido também por dois profissionais que na GB tinham a proximidade dos familiares e amigos o que não acontece em Portugal.

Relativamente ao que os entrevistados dizem sentir mais falta destacam-se sobretudo questões afectivas/emocionais e relacionadas com o estilo de vida. A família e os amigos surgem em primeiro lugar, a terra e o ambiente em segundo lugar, havendo pelos entrevistados o recurso a palavras como “clima”, “cheiro”, “ar”, “calor humano” para descrever estas sensações. Dentro do grupo de participantes enfermeiros são referidos sentimentos de perda em relação à profissão de enfermagem e, no grupo dos médicos a falta de “praticar a profissão lá” (GB).

Relativamente às mudanças necessárias na GB são destacados três aspectos. Em primeiro lugar a política e a governação do país, incluindo a inserção de pessoas qualificadas (jovens) em lugares de administração e coordenação, e o seu verdadeiro empenho, tendo este aspecto sido referido por sete profissionais. Em segundo lugar a mudança de mentalidade e comportamento não só ao nível da população como ao nível dos governantes, significando isto o aumento da responsabilização, do “pensar no bem comum” e a perda da “filosofia do facilitismo”, “...do receber, do ter tudo sem esforço” instalado na GB. Este aspecto foi destacado por seis entrevistados. Em terceiro lugar, pelo mesmo número de entrevistados, foi referido o acesso e as mesmas oportunidades de acesso a formação. São ainda salientados outros aspectos, tais como as condições de saúde, incluindo o acesso a materiais e equipamentos, melhoria das infra-estruturas, referido por três profissionais, e a própria reestruturação do sistema de saúde, referido por dois. De notar que é salientado por um dos entrevistados a inovação das infra-estruturas para que estas sejam capazes de responder às necessidades da população a médio-longo prazo; a necessidade de paz e estabilidade foi referido por dois profissionais e maior investimento financeiro na saúde referido por apenas um profissional.

No que diz respeito aos planos para o regresso apenas três profissionais referem não considerar essa possibilidade, dois dos quais são enfermeiros. As razões apontadas para o não regresso prendem-se com a capacidade de sustentar a família em Portugal e/ou a residir na GB ou noutras partes do mundo, destacando-se em particular aqueles que se

encontram a estudar fora do país. É ainda referido por um profissional a questão da idade avançada, que na GB poderá significar não beneficiar de qualquer tipo de reforma ou apoio.

Os restantes manifestam vontade e desejo de voltar, considerando o regresso a médio prazo. Subjacente a este desejo de regressar é perceptível um sentimento patriótico de dever para com a nação, “sinto-me comprometido com o povo da GB”, “é a minha terra!” e “sinto mesmo que estou a sair fora do meu compromisso, do meu juramento...”. São contudo referidas várias limitações para o regresso, nomeadamente os filhos menores/dependentes e integrados no sistema de ensino português, referido por seis entrevistados, o não ingresso ou a não conclusão da formação (especialidade) e a necessidade de obter mais conhecimentos teórico-práticos, referido por três profissionais (médicos), os encargos financeiros contraídos em Portugal e a incapacidade de os pagar na GB, referido por dois profissionais que “não conseguiria pagar a não ser que tivesse um salário semelhante na GB”.

Quanto aos motivos que levariam ao regresso, estes podem ser analisados sob dois prismas: aqueles que estão relacionados com o país de origem do emigrado e aqueles que dizem respeito ao país receptor. Do ponto de vista dos motivos de regresso relacionados com a GB destaca-se em primeiro lugar a garantia de estabilidade e de paz, referido por quatro profissionais de saúde reforçado por frases como “não quero voltar a passar o que passei em 98” ou “não podemos ter os nossos filhos a viver em guerra. Nós fomos vítimas de guerra e não queremos que os nossos filhos também o sejam”. Em segundo lugar, motivos económicos como a capacidade para “sustentar a família de lá para cá” e “incentivos para que a pessoa possa ter uma vida normal”, referido por três profissionais de saúde. Dentro do grupo de profissionais enfermeiros é referido por dois entrevistados como motivo para o regresso, o poder voltar a trabalhar como enfermeiro.

Sob o ponto de vista dos motivos associados ao país receptor, Portugal, destacam-se dois aspectos. Em primeiro lugar a aquisição de mais e melhor conhecimento em áreas relevantes para a GB, para que este possa ser aplicado posteriormente no país de origem, tendo sido referido por três profissionais de saúde. O segundo e último aspecto diz respeito ao regresso em grupo e de forma organizada dos profissionais de saúde à GB, para que estes possam ser os agente de mudança e de desenvolvimento do país e

“não estarem à espera que as circunstâncias mudem para que possa voltar!”, referido por três profissionais de saúde, todos médicos. Existe uma consciência de que sozinhos não conseguirão “fazer nada” para a mudança, para o desenvolvimento do país, contudo, admitem também não saber como fazê-lo, “por onde começar”.

#### **LENDO NAS ENTRELINHAS**

- 1) Todos os profissionais referiram ter vivido dificuldades de integração, apesar da melhoria das condições de vida;
- 2) Os motivos de emigração parecem, à partida, circunstanciais: conflito armado, saúde, obrigações conjugais. Contudo, verifica-se que 3 profissionais tinham já considerado previamente a possibilidade de emigrar na procura de algo concreto como formação;
- 3) Os profissionais de saúde em exercício de funções no MINSAP que emigraram devido ao conflito armado, não teriam feito;
- 4) A maioria dos profissionais de saúde têm como plano a médio prazo o regresso à GB, contudo sentem-se limitados por diversos factores;
- 5) Os motivos impulsionadores do regresso são:
  - Estabilidade e paz
  - Incentivos económicos
  - Aquisição de formação e competências profissionais prévias
  - Regresso em grupo de forma organizada.
- 6) Inerente ao desejo de regresso parece estar a vontade de contribuir para o desenvolvimento da GB;
- 7) Os motivos para o não regresso são associados a questões financeiras nomeadamente a obrigatoriedade de apoiar os que permanecem no país de origem ou noutra zona do mundo (estudantes);
- 8) Parece existir um *movimento pró-desenvolvimento da GB*, que eventualmente

poderá contribuir para o desenvolvimento do país se se organizar de forma estruturada;

9) Dentro da classe dos enfermeiros destaca-se:

1 - Maior dificuldade de integração dos profissionais de saúde no sistema – não reconhecimento de qualificações;

2 - Assumem profissões não diferenciadas;

3 - A maioria não tem planos para regressar à GB;

4 - O motivo principal para o regresso à GB seria voltar ao exercício da Enfermagem.

### **5.3 Análise de conteúdo dos grupos focais**

A análise de conteúdo foi realizada individualmente para cada grupo focal: enfermeiros chefes de diferentes regiões sanitárias – grupo 1, enfermeiros chefes do HNSM, incluindo o Enfermeiro Director – grupo 2, e enfermeiros prestadores de cuidados do HNSM – grupo 3. No entanto, foi considerado de maior relevância a apresentação dos resultados como um todo, salvaguardando quando oportuno/relevante as particularidades e diferenças entre cada grupo.

Assim, da categoria das condições de trabalho emergem dos três grupos os seguintes aspectos: a falta de material, incluindo equipamento e medicamentos, a falta de infra-estruturas adequadas e os baixos salários. O grupo focal 1 refere também a falta de RH, sendo no entanto referido pelo grupo focal 2 que não se trata de quantidade porque “quantidade existe o problema é a qualidade”. Salienta-se que o tema dos RH foi particularmente controverso para o grupo 2 e de difícil consenso. O grupo 3, assim como, o grupo 1 referem ainda o não reconhecimento/valorização da classe de enfermagem por parte do estado, expresso em frases como “95% das actividades registadas na área da saúde são realizadas por enfermeiros. Quem beneficia desse empenho é o estado. O estado precisa de todos nós no momento de trabalho mas depois não reconhece ninguém”. O grupo focal 2 juntamente com o grupo focal 1, referem a

não progressão na carreira como um factor de desmotivação para os profissionais de saúde.

Quanto à evolução da situação profissional destaca-se em primeiro lugar o grupo focal 2 que refere não ter existido nenhuma alteração nos últimos 10/12 anos. Por outro lado, o grupo 1 e grupo 3 referem uma progressiva degradação das condições de trabalho, nomeadamente em termos materiais, da ausência de incentivos não pecuniários e do não pagamento ou do pagamento esporádico de subsídios. A falta de material é vista ainda como um veículo para o aumentando da exposição ao risco profissional/ocupacional, sendo expresso pelos participantes como “Nós trabalhamos sem luvas, nós arriscamos pela falta de material”. Este é um tema que gerou alguma controvérsia dentro do grupo 2 e do grupo 3, na medida em que este facto não está apenas associada à falta de material mas também à conduta dos profissionais. É ainda referido pelo grupo 1 que tem havido uma maior concentração do investimento na cidade de Bissau, contudo, uma nova esperança parece surgir com a actualização recente dos salários e o pagamento atempado dos mesmos.

Relativamente aos motivos impulsionadores da emigração dos profissionais de saúde o grupo 3 identifica as situações de saúde/doença como a única causa para o fenómeno emigratório. Por outro lado o grupo 1 e 2 referem as condições de vida e as condições de trabalho como factores geradores de desmotivação e por conseguinte impulsionadores da procura da emigração como alternativa. Para além disso o primeiro grupo considera que a falta ou a morosidade do processo de recrutamento e enquadramento dos profissionais pode estimular a procura de outras alternativas, como o sector privado, outros sectores ou a emigração.

Quanto à oportunidade para emigrarem os três grupos apresentam respostas díspares. Enquanto o grupo 1 responde de forma consensual que recusaria emigrar, dizendo “Eu não vou emigrar. Eu sou guineense”, “Eu gosto muito de sair mas não para emigrar. Para fazer formação, adquirir conhecimentos para depois trazer para o país” e ainda “Eu tinha intenção de emigrar mas agora não tenho. A informação que chega é que o custo de vida é difícil”, o grupo 2 fica dividido entre os que dizem que sim e os que dizem que não. Para os que dizem que sim os motivos prendem-se com o acesso a formação ou a um bom salário, e para aqueles que referem que não, os motivos apontados são a idade

(mais avançada), o desejo de acompanhar a formação dos filhos na GB ou o dever de “apoiar o país”. No grupo 3, verifica-se uma posição mais oposta na medida em que apenas um participante refere peremptoriamente não querer emigrar, sendo que todos os outros aceitariam se fossem reconhecidos profissionalmente e pudessem trabalhar como enfermeiros ou pudessem prosseguir estudos.

Finalmente, no que concerne aos motivos/incentivos para a não emigração as opiniões são bastante consensuais entre os grupos. Dos três grupos focais emergem dois aspectos, sendo eles o económico e o laboral.

O aspecto económico inclui o aumento dos salários, o pagamento de subsídios e a introdução de incentivos financeiros. No que concerne o aspecto laboral, este engloba a melhoria das condições de trabalho incluindo a melhoria das infra-estruturas e o acesso a material essencial, sendo ainda referido pelo grupo 1 e 2 o acesso a formação contínua e de qualidade. O grupo 2 sublinha a necessidade de apoio de outros países para que estas melhorias se verifiquem.

#### **LENDO NAS ENTRELINHAS**

- 1) Parece existir uma associação entre o papel/estatuto ou posição hierárquica ocupada e o desejo ou não de emigrar. Verifica-se que entre o grupo de prestadores de cuidados apenas um elemento refere peremptoriamente não querer emigrar, enquanto no grupo de enfermeiros chefes das regiões todos os elementos do grupo manifestaram essa mesma opinião.
- 2) Os profissionais de saúde identificam como motivos para a não emigração, a colmatação das dificuldades assinaladas na caracterização das condições de trabalho, destacando em particular a necessidade de maior valorização profissional a nível institucional e governamental;
- 3) É referido pelo grupo focal 2 a necessidade de ajuda de outros países para que possam “melhorar a pouco e pouco”, reforçando a ideia de dependência sob ajuda externa.
- 4) O grupo focal 2, constituído por enfermeiros chefes do HNSM contou com a presença do Enfermeiro Director desse mesmo hospital, podendo à partida ter

influenciado as respostas dadas pelos outros participantes, sobretudo em questões mais delicadas como a oportunidade de emigração ou a evolução da das condições profissionais nos últimos anos.

## **5.4 Análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas aos informadores chave**

### **5.4.1 DRHAS**

A evolução da situação dos RSH, no que concerne a emigração, foi marcada pelo conflito armado de 1998, sendo destacado pela DRHAS como um período de emigração significativa entre os profissionais de saúde de diversas áreas. Entre os que mais emigram estão os enfermeiros, em primeiro lugar, os médicos em segundo, em terceiro as parteiras e por último os técnicos de laboratório.

Actualmente, os principais motivos para a emigração identificados pela DRHAS são a procura de melhores condições de vida, mais oportunidades e melhores perspectivas de futuro, tal como a possibilidade de progressão na carreira, melhor salário, melhores condições laborais incluindo o acesso a equipamento, materiais e meios de diagnóstico. A saída do país para estudar parece também ter um peso na decisão de emigrar.

Apesar do próprio MINSAP ter um programa de atribuição de bolsas de estudo para países com os quais estabeleceu protocolos de ensino, como Brasil, Cuba, Rússia, Moçambique e Portugal, a DRHAS apenas identifica Portugal como “país problema” para a emigração. Contudo os profissionais de saúde que “vão por meios próprios (recebem bolsas a partir de ONGs ou outros organismos) habitualmente não regressam”.

Com o objectivo de controlar o fenómeno migratório e fomentar a retenção dos profissionais a DRHAS refere que algumas medidas têm vindo a ser tomadas pelo MINSAP. Estas medidas incluem: actualização do salário e o seu pagamento atempado, atribuição de subsídio de isolamento (10, 15 ou 25% dependendo do local e condições) e de subsídio de vela (o valor ainda em negociação), investimento na formação contínua com atribuição de *per diem* aos profissionais das regiões, melhoria das instalações habitacionais (projecto que teve início em 2006 com o apoio do Banco Mundial) e dos centros de saúde com residência. Encontra-se ainda em estudo a possibilidade da atribuição de subsídio de risco.



A DRHAS refere ter criado duas entidades de apoio aos RH: a Comissão de Colocação e Transferências e a Supervisão Formativa. A Comissão de Colocação e Transferências é constituída por vários parceiros do MINSAP como a Ordem dos Médicos, a ANEP, a OMS, representantes do HNSM, entre outros, e tem como principais funções a colocação dos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades das regiões, e a transferência de profissionais, sendo utilizado como critério a continuidade e a antiguidade. Salvo excepções, a transferência de um profissional só é permitida ao fim de 15 anos de exercício no mesmo local.

A Supervisão Formativa é constituída por um conjunto de elementos que se desloca às várias regiões e às diferentes infra-estruturas de saúde, verificando e avaliando as condições físicas de trabalho (equipamentos, mobiliário, acessibilidade, stock de medicamentos), o livro de consultas (número e diagnóstico das consultas), a possibilidade de evacuação de doentes e ainda o relacionamento dos profissionais com a comunidade. O objectivo último é ser tecida uma lista de recomendações.

Por outro lado, são identificados pela DRHAS aspectos que necessitam ainda de investimento por parte do MINSAP, tais como a melhoria das condições das diferentes estruturas de saúde, assim como, a melhor definição das competências de cada uma, a implementação de carreira com o intuito de “criar objectivos para os profissionais de forma a aumentar a motivação”, a garantia de oportunidades iguais para todos e uma maior aposta na formação.

#### **5.4.2 Ordem dos Médicos**

As condições de trabalho são caracterizadas pela Ordem dos Médicos como difíceis pela falta de uma estrutura que funcione, que seja organizada, articulada e dinâmica, sobressaindo que “não há nenhum hospital que tenha estatutos nem nenhum médico que conheça os seus estatutos na GB”. Para além disso, é salientada a não progressão profissional em termos científicos, académicos e de carreira. Contudo é referido “um grande espírito de sacrifício entre os médicos que cresceram ou nasceram na altura da independência levando-os a aceitar as condições do país” apesar de não existir verdadeiramente uma cultura de ordem social na GB.

Quanto à evolução das condições de trabalho, a Ordem descreve-a como sendo um processo de degradação gradual das estruturas do país em geral e, particularmente, do SNS, começado logo após a independência, tendo sido impulsionado pelos vários conflitos posteriores, sobretudo o de 1998. Nesse ano emigraram 50 médicos para Portugal. Aqueles que ficaram fizeram-no por motivos familiares ou motivos patrióticos. Actualmente “existem quatro vezes mais médicos guineenses fora da GB do que dentro do país”.

São ainda destacados outros motivos para a procura da emigração por parte dos médicos, nomeadamente a proximidade e a partilha de raízes históricas com Portugal, a facilidade de obtenção de autorização para saída do país através de juntas médicas e a insatisfação profissional no que diz respeito à falta de meios e condições, assim como a saúde da população, sendo descrito como “ aqui sentem que não têm absolutamente nada”. A necessidade de formação no exterior do país é visto como um factor facilitador/promotor da emigração.

Como medidas para o futuro a Ordem destaca em primeiro lugar a reorganização e reestruturação do SNS. Salienta também a melhoria das condições de trabalho, o aperfeiçoamento contínuo dos médicos através de investimento na formação e a criação de benefícios e garantias sociais. Para além disso, refere a criação de políticas atractivas e o ambiente propicio não só à fixação dos profissionais de saúde guineenses, mas também à mobilização de profissionais estrangeiros.

#### **5.4.3 ANEP**

As condições de trabalho na GB, são descritas pela ANEP como precárias, não só pelos baixos salários mas pela falta de perspectivas para o futuro, sobretudo no que concerne a carreira. Os enfermeiros “terminam o curso e começam a ganhar 91000 francos cfa (aproximadamente 137 Euros) e ali ficam durante anos e anos”. Para além disso, é referido que estes profissionais são muitas vezes colocados sozinhos nas regiões sem perspectivas de sair ou de frequentar uma formação ao longo de vários anos, sem que hajam incentivos ou recompensas pelo bom desempenho. É salientado, no entanto, que esta situação não se deve à falta de dinheiro ou apoio, mas sim à falta de responsabilização, da prestação de contas e de visão social. Neste sentido “ o sonho é

chegar ao governo para resolver as questões pessoais e satisfazer as necessidades próprias.”

Quanto à evolução das condições de trabalho, estas são descritas pela ANEP como “piores” do que há uns anos, sendo destacada a falta de pessoal o que não acontecia antes do conflito de 1998. Esse ano é descrito como sendo de grande emigração para os profissionais de saúde. Contudo, em termos da profissão de Enfermagem, a ANEP considera que nos últimos anos houve um *upgrade* a nível qualitativo. Os enfermeiros saem melhor preparados do curso, ainda que muitas vezes, a aplicabilidade dos conhecimentos seja limitada pelas próprias condições dos serviços.

Desta forma, os motivos que consideram estar na base da procura da emigração por parte dos enfermeiros são melhores condições de trabalho, melhor salário e o acesso a formação, mesmo que não na área da Enfermagem. É importante referir dois aspectos salientados pela ANEP: primeiro, a escolha por Portugal não acontece exclusivamente pela proximidade e história partilhada mas por este constituir uma porta de entrada para a Europa; segundo, a procura de melhor salário tem por base a criação de condições na GB para que no futuro possam regressar.

Relativamente a medidas para o futuro são destacadas pela ANEP, políticas de retenção que incluam melhores salários associados à progressão na carreira, estatuto social aos enfermeiros (reconhecimento), uma verdadeira aposta da formação e a utilização de incentivos não pecuniários sobretudo para as situações de isolamento.

#### **LENDO NAS ENTRELINHAS**

- 1) É destacado por todos os informadores chave a falta de perspectiva dos profissionais de saúde, seja em termos de crescimento profissional (aquisição de conhecimento), seja pela não progressão na carreira;
- 2) O critério de antiguidade para a transferência de pessoal, exigindo a permanência de 15 anos no mesmo local de trabalho, salvo exceções, utilizado pela Comissão de colocação e transferência de pessoal parece contribuir para a falta de perspectiva mencionada;
- 3) O conflito de 98 parece ter sido determinante para a emigração dos profissionais

de saúde;

- 4) O recurso a bolsas de estudo para formação fora do país (GB) parece contribuir para a emigração, sendo destacado Portugal como o “país problema”. Este processo é mais frequente nos médicos;
- 5) A Ordem dos médicos refere que um dos motivos para a saída dos profissionais médicos é também a facilidade de acesso ao sistema português por um lado, e por outro, a facilidade de obtenção de autorizações de saída do país através das juntas médicas;
- 6) Os enfermeiros emigram com expectativas de melhores condições de vida, mesmo que isso signifique receber formação noutra área;
- 7) Para o futuro a ordem dos médicos e a ANEP sugerem políticas atractivas, dando especial ênfase aos benefícios e garantias sociais e ao reconhecimento e estatuto social para as classes respectivamente;
- 8) Todos reconhecem a necessidade de reorganização do sistema de serviços de saúde, seja pela definição de competências, articulação de serviços, criação de estatutos;
- 9) Outra medida a ser tomada, destacada por todos os informadores chave é o investimento na formação dos quadros, contudo salienta-se a insatisfação profissional dos médicos associada à falta de meios e de material, referido pela Ordem dos médicos e a aplicabilidade dos conhecimentos ser limitada pelas próprias condições dos serviços, referido pela ANEP;
- 10) A ANEP salienta a ligação dos profissionais de saúde à GB e o desejo de regressar, referindo que a “procura de melhor salário tem por base a criação de condições na GB para que no futuro possa regressar”.

## **5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Antes de se partir para a discussão dos resultados obtidos, optou-se por começar por referir algumas das limitações do presente estudo.

Em primeiro lugar, a opção pelo estudo de caso pode levar à falta de rigor, que segundo Yin (2003), deriva da subjectividade imprimida pelo investigador na análise e interpretação dos dados. Uma das formas de contornar esta limitação, proposta por Flick (2005), consiste na utilização de várias técnicas de recolha de dados e, posteriormente, a triangulação dos mesmos. Esta técnica foi aplicada no presente estudo após a análise individual dos dados recolhidos por cada unidade de análise definida.

Em segundo lugar, a opção pela amostragem do tipo bola de neve não garante a representatividade da amostra, uma vez que o investigador não tem ideia da verdadeira distribuição da população e da amostra (Castilho 2009). Para o presente estudo, esta característica não assume particular significado ou relevância, uma vez que se trata de um estudo qualitativo. Para além disso, este tipo de amostragem pode dar origem a *vieses* de selecção, na medida em que os indivíduos seleccionados inicialmente tendem a nomear pessoas que conhecem bem, com quem geralmente compartilham os mesmos traços e características podendo levar à obtenção de um subgrupo da população, limitação constatada na parte do estudo realizada em Portugal (Castilho, 2009).

O estudo partiu inicialmente com o objectivo de abranger várias categorias profissionais, contudo com o tipo de amostragem bola de neve conseguiu apenas chegar ao indivíduos da classe médica e de enfermagem.

Em Portugal o processo de amostragem teve início partir de um elemento da classe médica, levando a que os primeiros profissionais a serem identificados fossem médicos, tornando o acesso a outros profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, mais difícil, sendo conseguido após alguma persistência. Contudo, não foram identificados profissionais de saúde de outras áreas, sendo na realidade um reflexo da representatividade de cada classe profissional migrante. Na GB, pelo facto de não terem sido identificados mais profissionais de saúde regressados ao país, a residir em Bissau, as entrevistas semi-estruturadas realizadas não permitiram atingir o ponto de saturação da informação. O efeito bola de neve cessou ao fim de quatro entrevistas.

Em terceiro lugar, os grupos focais incluíram apenas a classe de enfermagem, o que limita os resultados em termos de “comparação” e triangulação com a restante informação recolhida.

Por último, o grupo focal 2 poderá ter sofrido um “viés de resposta” no processo de recolha de dados pela presença do Director de Enfermagem, superior hierárquico. Tal facto foi tido em conta na análise de conteúdo dos grupos focais.

Pelas limitações acima descritas, reforça-se a necessidade de os resultados serem interpretados com a devida cautela para que não se assumam generalizações.

Foram criadas três grandes áreas de discussão, tendo por base as diferentes etapas do processo migratório dos profissionais de saúde guineenses: 1) A decisão de emigrar, 2) Imigrante em Portugal e 3) O regresso ao país de origem.

#### 1) A decisão de emigrar

A decisão de emigrar é principalmente uma decisão individual e por isso susceptível à alteração das circunstâncias pessoais (Stilwell et al., 2004). Os resultados obtidos relacionados com os factores motivacionais para a emigração recaem sobretudo em aspectos circunstanciais, tais como o conflito armado de 1998, motivos de doença/junta médica, ou assuntos familiares (obrigações conjugais), sendo essencial, no entanto, não se descurar o contexto económico e social em que a decisão de emigrar é tomada (Stilwell et al., 2004).

Quanto aos factores circunstanciais que deram o mote à emigração entre os profissionais de saúde entrevistados, merecem destaque entre os resultados, o conflito armado de 1998 e motivos de doença (junta médica).

Entre os profissionais entrevistados vários chegaram a Portugal sob o título de refugiado durante o período de conflito, sendo este destacado pelos informadores chave como um período de intensa emigração entre os profissionais de saúde, contribuindo para a exacerbação do fenómeno de *brain drain*. Segundo Borges (2010), o conflito marcou o início de um crescimento migratório regular para Portugal, motivado pela deterioração das escassas infra-estruturas e das condições económicas, sociais e políticas. Os

resultados obtidos a partir dos grupos focais reforçam a ideia da degradação contínua das condições de trabalho ao longo da última década, caracterizada pela falta de material, ausência de incentivos não pecuniários e o não pagamento ou pagamento esporádico de subsídios.

A doença/junta médica foi o segundo motivo mais frequentemente apresentado para a emigração entre os profissionais entrevistados, ainda que para alguns a intenção inicial não fosse emigrar. Este aspecto merece especial relevo pelo facto da GB, ao abrigo de vários acordos de cooperação com Portugal, ser o país que mais doentes envia para o sistema de saúde português, comparativamente a outros países dos PALOP (Henriques, 2009). De notar também o facto de a própria Ordem dos médicos da GB admitir a facilidade de acesso, entre estes profissionais, a juntas médicas e à obtenção de autorizações. Este resultado corrobora o descrito por Henriques (2009), apresentando o sistema de evacuação de doentes da GB como um processo não muito transparente, sobretudo no que diz respeito às juntas médica. Borges (2010) refere também que os entraves colocados na obtenção de papéis de emigração legais, fomentem o recurso a “outros motivos” que lhes permitam entrar em Portugal.

No contexto da GB, não podem ser descuradas as condições socioeconómicas que a caracterizam e, em particular, as condições de trabalho vivenciadas por estes profissionais, na medida em que estas são muitas vezes os factores subjacentes à decisão de emigrar. Os resultados obtidos parecem evidenciar que a falta de material, meios de diagnóstico, medicação básica e baixos salários levam à desmotivação dos profissionais de saúde, incitando à sua emigração. Estes resultados vão de encontro ao descrito noutros estudos (Awases et al., 2004).

Outro factor que emerge dos resultados é a ausência de perspectiva para o futuro, derivada, por um lado, pela não progressão na carreira e, por outro, pela falta de acesso a formação de qualidade. Este último aspecto é observado especialmente entre os médicos. Có (2007) aponta como um dos factores mais influentes nas decisões e nos percursos migratórios da actualidade a procura de formação e o investimento no capital humano. Os resultados obtidos a partir dos informadores chave reforçam esta ideia e acrescentam ainda que o facto de haver necessidade de recorrer a formação no exterior do país fomenta e no fundo “ abre as portas” à emigração. Neste sentido, Portugal é

visto como um “país problema”. Salienta-se também que a própria política de colocação e transferência de pessoal utilizada pela DRHAS, em especial a aplicação do critério de antiguidade como incentivo, parece assumir na realidade um papel desmotivador para os profissionais. Este critério impede de certa forma que os profissionais possam perspectivar o futuro em termos de evolução e crescimento profissional.

Como se verifica pelos resultados anteriores, o dinheiro não assume “o primeiro lugar” dentro do leque das causas migratórias. O estudo “*At the other end of the brain-drain: African nurses living in Lisbon*” (Luck, Fernandes e Ferrinho, 2000), vem também neste sentido. De acordo com Vujicic et al. (2004), citado por Stilwell, et al. (2004), a diferença entre os salários dos países de origem e os dos países de destino é tão grande que a sua redução tem pouco ou nenhum impacto nos fluxos migratórios. Isto sugere que outros factores como as condições de trabalho e o desenvolvimento profissional tenham um papel mais significativo na decisão de emigrar (Stilwell et al., 2004).

Dos resultados parece evidenciar-se uma diferença entre as principais motivações para a emigração apresentadas pela classe médica e de enfermagem. Enquanto os médicos parecem atribuir uma importância significativa à formação e à evolução profissional, os enfermeiros atribuem-na à melhoria das condições de vida. Esta ideia foi reforçada pelos informadores chave, tanto pela Ordem dos médicos como pela ANEP.

As motivações implicadas na decisão de emigrar, que emergem dos resultados obtidos, integram o quadro dos factores clássicos *push and pull* das causas migratórias, indo ao encontro do já descrito por outros estudos (Có 2009<sup>a</sup>; Awases, et al., 2004).

A partir da triangulação dos resultados emerge o que parece ser uma relação inversa entre o cargo ocupado e o desejo de emigrar, isto é, quanto mais elevado for o cargo menor a vontade/disponibilidade de emigrar. Assim, entre os profissionais que descreviam a sua vida laboral como “boa”, e ocupavam lugares de gestão e coordenação (associados ao MINSAP), a vontade de emigrar com um objectivo concreto é aparentemente reduzida, ao contrário daqueles que se encontravam “na base da pirâmide”, ou seja, na prestação directa de cuidados, onde a precariedade é elevada. Este aspecto aparece reflectido também entre os grupos focais dos enfermeiros, ou seja, entre os participantes do estudo, aqueles que mais predispostos parecem estar à emigração, são aqueles com condições mais precárias de trabalho e de vida. No entanto,



um estudo recente demonstra que na realidade é a classe média, escolarizada e urbanizada, em contacto com a cultura ocidental, que mais potencial tem para a emigração. Para além disso, é também quem reúne os recursos para o poder fazer, nomeadamente o capital económico, para as despesas da viagem, e o capital social, que facilite o processo de obtenção da documentação necessária junto das autoridades (Borges, 2010).

Como motivos para a não emigração, os resultados demonstram que estes passam pela colmatação das dificuldades em termos económicos e laborais, indo ao encontro do referido por outros estudos (Marshall e Kegel, 2003).

## 2) Imigrante em Portugal

São perceptíveis nos resultados obtidos diferenças claras entre o processo de integração profissional da classe médica e de enfermagem em Portugal, embora este seja descrito por ambos como difícil num período inicial. Estas diferenças resultam de o reconhecimento, ou não, das habilitações profissionais. Segundo Marques e Góis (2008), este facto resulta de uma situação paradoxal que marca a imigração qualificada em Portugal. Ao mesmo tempo que existe um recrutamento de indivíduos qualificados para o exercício de profissões para as quais estão habilitados, o contrário também sucede (Marques e Góis, 2008).

Nos resultados obtidos verificou-se que, ao contrário dos médicos, nenhum dos enfermeiros conseguiu o reconhecimento das suas habilitações profissionais, com excepção de uma enfermeira que emigrou na década de 80, levando ao exercício de actividades profissionais indiferenciadas. Este facto vai de encontro aos dados de 2006, que apontam para uma maior representatividade dos médicos estrangeiros entre o total de trabalhadores na área da Medicina, sob a alçada do Ministério da Saúde (9%), comparativamente aos enfermeiros estrangeiros (3%) (Baganha, 2007).

Segundo Baganha (2007), a formação recebida pelos enfermeiros dos PALOP depois de 1974 deixou de ser coincidente com a estrutura dos cursos em Portugal, levando ao não reconhecimento das habilitações académicas. Contudo este facto foi mais notório depois da criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, pela exigência de cédula profissional para o exercício da profissão. Por outro lado, os médicos provenientes dos PALOP

estão, na sua maioria em Portugal ao abrigo de acordos de cooperação encontrando-se integrados no sistema (Baganha, 2007).

Marques e Góis (2008), destacam em particular o papel do Estado e das ordens dos diferentes grupos profissionais, pelo poder que detêm na definição do que deve ser considerado como formação e competência legítima para o exercício de uma função, determinando a inclusão ou exclusão de imigrantes de acordo com o plano de estudos e o local de proveniência. Importa referir também o papel das Escolas de Enfermagem, na medida em, a estas cabe a função de atribuição das equivalências curriculares.

Para colmatar as dificuldades de integração, tanto dos médicos como dos enfermeiros, a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) em parceria com o Serviço Jesuíta dos Refugiados criou um projecto de apoio ao reconhecimento de habilitações destes profissionais. Este projecto começou direccionado para os médicos, em 2002, tendo a duração de 3 anos e integrando cerca de 120 profissionais, 7 de origem africana. Uma nova edição foi lançada em 2008 com o intuito de integrar 150 médicos. Posteriormente, e devido ao sucesso conseguido com a classe médica, adaptaram o mesmo projecto aos enfermeiros, não sendo, neste caso, integrado nenhum profissional africano (FCG, s.d; Valle, et al., 2008).

Os resultados evidenciam o que parece ser a distinção entre sexos dentro da própria classe de Enfermagem. As enfermeiras entrevistadas ocupavam todas, com excepção de uma que emigrou na década de 80, actividades económicas não diferenciadas, como referido por Borges (2010) na “base hierárquica das profissões”. Os enfermeiros entrevistados ocupavam funções ainda que não qualificadas, associadas à saúde, tal como auxiliar de acção médica em casas de repouso.

Segundo Borges (2010), mesmo as mulheres mais qualificadas, educacional e profissionalmente, enfrentam grandes obstáculos em acederem a empregos compatíveis com as suas competências, mais bem pagos e socialmente de maior estatuto. A maioria acaba por ficar inserida no mercado de trabalho dos sectores mais desqualificados e de baixo estatuto. Esta condição laboral das mulheres imigrantes não corresponde, a maior parte das vezes, às expectativas no momento da decisão de emigrar, o que actualmente poderá funcionar como um factor de retenção no país de origem, nomeadamente entre as enfermeiras guineenses (Borges, 2010). Aliás, é possível verificar nos resultados da

análise dos grupos focais que, mesmo entre aqueles que apresentam maior disponibilidade para sair do país, é apresentada como condicionante a garantia do reconhecimento das habilitações e de emprego como enfermeiros.

Apesar das dificuldades em termos de integração, serem maiores para a classe dos enfermeiros do que para a classe dos médicos, a imigração em geral corresponde a uma melhoria das condições de vida.

A partir dos resultados obtidos verificou-se ser comum a todos os entrevistados a presença de familiares, amigos e conhecidos em Portugal, dos quais receberam apoio nos primeiros tempos de imigração. Borges (2010) salienta que a existência prévia de grupos de imigrantes guineenses residentes já há alguns anos em Portugal, em contacto com a GB através de ligações familiares, facilita a formação de redes sociais de apoio e acolhimento aos novos migrantes. Outros estudos revelam a importância destas redes nas escolhas e decisões migratórias (Henriques, 2009; Marques e Góis, 2008; Có, 2007). As redes são constituídas por familiares, associações, e consistem em mecanismos de integração dos migrantes, suportadas por ligações socioculturais, em contextos específicos, podendo este facto condicionar e influenciar positiva ou negativamente o processo de integração dos próprios imigrantes e gerações futuras (Có, 2009<sup>b</sup>). Segundo Có (2007, 2009<sup>b</sup>), é possível associar as redes migratórias ao capital social de um indivíduo ou a um grupo de migrantes, podendo esta relação permitir que o migrante ascenda a certos meios económicos, empregos, melhores salários e estatuto social, por exemplo. Contudo a cultura e experiência migratória não são distribuídas da mesma forma para todas as redes migratórias (Có, 2009<sup>b</sup>). As diferenças encontradas nos resultados obtidos entre os profissionais médicos e os profissionais enfermeiros talvez possam, em parte, ser explicadas por este facto.

Os resultados obtidos demonstram que inerente ao desejo de regressar está a vontade, praticamente transversal a todos os entrevistados, de darem o seu contributo para o desenvolvimento da GB. Uma das formas mais antigas e mais tradicionais de apoio/contribuição dos emigrantes aos locais de origem é através do envio de remessas. Em 2010, cerca de 325 biliões de dólares americanos de remessas tiveram como destino os países de baixo/médio rendimento (Banco Mundial, 2011). Contudo, em Portugal verificou-se no ano correspondente uma diminuição na quantidade de remessas

enviadas, efeito da crise (Peixoto e Iorio, 2011). Apesar deste facto, o envio de remessas continua a ser um factor importante tanto para aqueles que emigram como para os que ficam nos países de origem, sendo evidenciado pelos resultados obtidos como um dos factores para o não regresso ao país de origem.

Novas formas de apoio têm surgido entre as comunidades imigrantes envolvendo iniciativas pontuais, que consistem geralmente, no envio de materiais, na construção de infra-estruturas, como o acesso a água potável, escolas ou postos médicos (Borges, 2010). Outras iniciativas envolvem a realização de conferências e debates, como por exemplo a conferência organizada pela Guineáspora em 2004 destinada aos profissionais de saúde, denominada “*Os profissionais de saúde guineenses em Portugal, desafios e contributos para o desenvolvimento sanitário da Guiné-Bissau*”. O principal objectivo desta conferência foi a mobilização de recursos humanos, nomeadamente médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, terapeutas e assistentes sociais que pudessem contribuir para a minimização das pandemias que afectam a GB (Có, 2009<sup>b</sup>).

Apesar de se verificarem estas iniciativas, Có (2009<sup>b</sup>) salienta que a organização da diáspora com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento ao país de origem está ainda num estado incipiente entre a comunidade imigrante guineense. Destaca em particular o que concerne a inversão dos efeitos negativos do *brain drain* associada à acção dos quadros qualificados. Para além de não existir uma cultura organizacional e o *know-how* entre estes, como referido pelos profissionais entrevistados, a própria dinâmica e peso institucional da GB não tem facilitado a sua concretização. Apesar das remessas e de estas iniciativas serem significativas no contexto dos países de origem, Marchal e Kegel (2003) referem que a migração dos profissionais de saúde representa a existência de populações com fraco ou nenhum acesso a cuidados de saúde, reflectindo-se na saúde e no direito à saúde. Por este facto a migração de profissionais de saúde deve ser vista como um caso especial dentro do panorama global das migrações.

### 3) A decisão de regressar

De acordo com os resultados obtidos os profissionais de saúde que regressaram à GB fizeram-no garantindo no entanto, determinadas condições: em primeiros lugar a

regularização da situação em Portugal e/ou a obtenção da nacionalidade; em segundo lugar melhores condições laborais do que daquelas que tinham inicialmente na GB e em Portugal; e em último lugar, a garantia de poderem exercer a profissão para a qual estão habilitados com os meios e materiais necessários.

A temática da obtenção de nacionalidade portuguesa merece aqui destaque. Segundo Peixoto e Iorio (2011), os imigrantes e os seus descendentes adquirem nacionalidade portuguesa com o objectivo de facilitar a re-emigração para outros países europeus, onde o mercado de trabalho seja mais auspicioso e com melhores salários (Borges, 2010), sendo que aqueles que optam por sair do país são geralmente os que não possuem uma condição favorável em Portugal. Alguns destes imigrantes (poucos) tencionam regressar ao seu país de origem mas mantendo a possibilidade de regressar a Portugal, ou a outro país da Europa (Peixoto e Iorio, 2011), facto corroborado pelos resultados obtidos. Este aspecto foi também salientado na entrevista do informador chave da ANEP.

Entre os profissionais de saúde regressados à GB, verifica-se que três colocam a possibilidade de retornar a Portugal, seja pelo término do contrato actual seja por melhores condições encontradas em Portugal. Este facto está relacionado com as novas formas de migração como a migração temporária, a sazonal ou o “*brain circulation*” (Peixoto e Iorio, 2011; OIM, 2010). Marchal e Kegel (2003), destacam a existência de tendências mais recentes que promovem a participação das redes da diáspora para a redução da falta de pessoal qualificado, através do aproveitamento dos conhecimentos e recursos desta, são efectuados contratos a curto prazo, para que os imigrantes possam desenvolver actividades nos seus países de origem, o que de certa forma é evidenciado nos resultados. Marchal e Kegel (2003) salientam também que para além do incentivo ao retorno temporário ao país de origem, este pode ser induzido ou não induzido. Ao longo das últimas décadas vários programas têm sido implementados com o objectivo de induzir o retorno, de como é exemplo o mais recente programa MIDA da OIM, sem que até à data tenha tido um impacto significativo junto da comunidade guineense (Có, 2009<sup>b</sup>). Entre os entrevistados nenhum deles regressou sobre estas condições.

Para além da nacionalidade, os resultados evidenciam que para o retorno dos profissionais de saúde foi essencial o acesso a melhores condições laborais, incluindo o

acesso a materiais e equipamentos necessários. Este resultado vem no sentido de outros estudos, apontando que o acesso a oportunidades e a condições de trabalho adequadas são determinantes *major* para a capacidade de recrutamento e retenção dos profissionais de saúde (Marchal e Kegels, 2003; OMS, 2006). O mesmo estudo reforça a importância das condições de trabalho, referindo que estas não são cruciais apenas para a saúde do doente, são-no também para o desempenho, satisfação e motivação do profissional de saúde (Marchal e Kegels, 2003; OMS, 2006)

Para os profissionais que permanecem imigrados em Portugal, outros factores parecem influenciar o regresso ao país de origem, nomeadamente a estabilidade e paz na GB, incentivos económicos, acesso a mais formação e conhecimento e o regresso em grupo e de forma organizada. Os resultados demonstram que subjacente a estes factores, existe na maioria dos profissionais de saúde entrevistados, a vontade de regressar à GB, indo de encontro ao apresentado pela OMS (2006). A partir dos resultados de um inquérito aplicado a profissionais de saúde envolvidos no fenómeno migratório, a OMS constatou que a maioria destes profissionais preferiria ficar no seu país de origem se estivessem asseguradas condições como segurança económica, estabilidade política e um salário que permitisse viver condignamente.

Dos resultados emerge também, a partilha de um sentimento patriótico e de dever para com o seu povo entre aqueles que desejam regressar, aliado ao lado humanista da profissão fazendo parte dos planos destes emigrantes o regresso a médio prazo. Decorrente deste facto salienta-se a manifestação da vontade de regressar em grupo e de forma organizada. O objectivo salientado por estes profissionais é poder contribuir de forma concreta para o desenvolvimento da GB e para a melhoria das condições de saúde das populações. Para estes profissionais é fundamental o regresso em grupo, na medida em que acreditam que só desta forma é possível implementar algo na GB, sustentável no tempo e que leve gradualmente à mudança. Esta perspectiva é fundamentada nas preocupações da diáspora qualificada sobre o progresso do país de origem descritas por C6 (2004, 2009<sup>b</sup>) e, por conseguinte, na vontade de contribuir para o seu desenvolvimento.

Por outro lado, os resultados demonstram a existência de factores que limitam a decisão de regressar, nomeadamente os filhos menores ingressados no sistema de ensino

português, a não obtenção ou conclusão de formação e os encargos financeiros assumidos em Portugal.

Para aqueles que não desejam regressar, que são maioritariamente enfermeiros, os motivos prendem-se sobretudo com a obrigação de apoiar financeiramente familiares directos, como a mãe ou os filhos, e a idade avançada. Entre os que referem os apoios financeiros, encontram-se três tipos de situação: família dependente na GB, filhos a estudarem fora da GB, e/ou filhos menores em Portugal. O envio de remessas para os países de origem tem, neste contexto, um peso significativo. Relativamente à idade avançada está relacionado com o receio de não obter reforma.

Marchal e Kegel (2003), propõe como medidas fomentadoras do regresso, aquelas que respondam às necessidades dos profissionais de saúde, que sejam atractivas em termo de garantias e benefícios sociais, reconhecimento dos profissionais e que promovam a participação activa nas tomadas de decisão. Os informadores chave vão de encontro a esta posição, acrescentando que, paralelamente, o próprio sistema de serviços da GB necessita de ser alvo de reorganização, assim como a revisão da carreira dos profissionais e a sua aplicação. Para além disto, os resultados evidenciam uma preocupação no sentido de haver maior investimento na formação dos profissionais, indo de encontro ao referido pela OMS (2006). O relatório da OMS (2006) vem reforçar a importância de medidas como o acesso a oportunidades para o desenvolvimento profissional e a valorização das carreiras, na promoção da retenção e retorno dos profissionais de saúde.

## **5.1 Conclusão**

A migração é um fenómeno global e complexo, envolvendo diversos intervenientes, factores, características e, sobretudo, as circunstâncias pessoais de cada ser humano.

Este trabalho reflecte esta complexidade de relações, desencadeadoras da migração como alternativa de vida. Entre os profissionais de saúde este fenómeno assume contornos especiais, pela natureza da profissão e pelo impacto na saúde das populações nos países de origem.

A desmotivação, caracterizadora dos profissionais de saúde da GB, está relacionada com as condições de trabalho, o acesso a formação, o crescimento e valorização profissionais, assim como, a estabilidade político-militar e melhores condições de vida. Estes são factores que directa ou indirectamente levam à emigração.

Enquanto imigrantes, as expectativas iniciais nem sempre são superadas a nível profissional, apesar das qualificações profissionais, de redes e de iniciativas de apoio e até de políticas migratórias integradoras. Contudo, a melhoria das condições de vida é, na generalidade, alcançada.

A ligação ao país de origem permanece forte entre os profissionais de saúde, mantendo, na maioria dos profissionais, o desejo de regressar.

Este estudo permitiu compreender e caracterizar melhor o fenómeno migratório entre os profissionais de saúde da GB para Portugal, cumprindo os objectivos traçados inicialmente. No entanto algumas questões merecem ser aprofundadas no futuro, tais como:

- Conhecer a realidade dos enfermeiros guineenses imigrados em Portugal, não integrados no Sistema Nacional de Saúde;
- Caracterizar a realidade de imigrantes guineenses de outras classes profissionais na área da saúde em Portugal;
- Comparar a realidade dos profissionais de saúde provenientes da Europa com a realidade dos profissionais de saúde provenientes dos PALOP em Portugal;
- Compreender de que forma as políticas migratórias portuguesas influenciam/têm impacto nos profissionais de saúde imigrantes em Portugal.

Partindo da realidade migratória actual e, olhando para o futuro, alguns desafios emergem no panorama migratório GB - Portugal, a citar:



**Desacelerar** o fenómeno migratório entre os profissionais de saúde, através de políticas atractivas que promovam a retenção e o retorno dos profissionais;

**Motivar** os profissionais de saúde em exercício na GB através da melhoria das condições de trabalho, garantia de acesso a formação e, aplicação de sistemas de incentivos adequados;

**Implementar** estratégias que promovam o retorno dos profissionais de saúde;

**Novas** formas de migração estão a surgir entre os profissionais de saúde, exigindo a aplicação de medidas que ajudem a lidar com as mesmas e, que as promovam, quando se verifiquem benefícios para ambas as partes;

**A** migração faz parte da realidade dos profissionais de saúde da GB, que num futuro próximo não tenderá a diminuir, sendo importante a maximização desta em benefícios para a GB;

**As** diásporas são vistas como agentes fundamentais para o desenvolvimento dos países de origem, pelo que devem ser incluídas nos projectos de cooperação e serem ouvidas nas intervenções de apoio à GB.

Num mundo cada vez mais globalizado, onde as migrações e os fluxos migratórios se transformaram em fenómenos que interferem com os contextos e criam impacto nas realidades em que se inserem, o objectivo final é minimizar os custos e maximizar os benefícios da migração - uma realidade incontornável

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACSS, 2010. Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde – evolução 2001/2008. Lisboa: ACSS

AFRICAN HEALTH WORKFORCE OBSERVATORY (AHWO), 2009. Perfil dos Recursos Humanos em Saúde para a Guiné-Bissau

ARYEETEEY, E., e tal., 2011. Foresight Africa, the continents greatest challenges and opportunities for 2011. Africa Growth Initiative at Brookings

AWASES, M., GBARY, A., NYONI, J., CHATORA, R., 2004. Migration of Health Professionals in 6 countries: a synthesis report. Brazzaville: WHO Regional Office

BACH, A., 2006. International Mobility of Health Professionals: Brain Drain or Brain Exchange? United Nations University: World Institute of Development Economics and Research

BAGANHA, M., 2007. Imigração qualificada no sector da saúde – as oportunidades do mercado laboral português. Revista Migrações, 1, pg 53-78

BANCO MUNDIAL, 2011. The MDGs after the Crisis. Global Monitoring report 2010. [online] Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/6911301-1271698910928/GMR2010WEB.pdf>

BARDIN, L., 2008. Análise de conteúdo (4ªEd.). Lisboa: Edições 70.

BORGES, M., 2010. Migração e género: Acerca das migrações guineenses em Portugal. Instituto de Investigação Científica Tropical (IICT) Lisboa. 7.º Congresso Ibérico de Estudos Africanos. Lisboa, 2010.

BOWLING, A., 1997. Research Methods in Health: Investigating health and health services. Buckingham – Philadelphia: Open University Press

BUCHAN, J., 2008. How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? WHO

CASTILHO, J., 2009. Snowball Sampling. [Online] Disponível em: <http://www.experiment-resources.com/snowball-sampling.html> (consultado a 15 Maio de 2011)

CLEMENS, M., 2009. Skill Flow: A Fundamental Reconsideration of Skilled-Worker Mobility and Development. Center for Global Development: United Nation Development Programme

CÓ, J., 2004. As associações das comunidades migrantes em Portugal e a sua participação no desenvolvimento do país de origem: o caso guineense. Lisboa: Socius - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, UTL

CÓ, J., 2007. Os “limites” da racionalidade migratória guineense: redes, capital social e determinantes sócio-culturais nas dinâmicas migratórias contemporâneas. Lisboa: Socius - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, UTL

CÓ, J., 2009<sup>a</sup>. Teorias e dinâmicas migratórias internacionais: algumas experiências africanas de “brain drain”, “brain circulation” e “brain gain”. Lisboa: Socius - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, UTL

CÓ, J., 2009<sup>b</sup>. A diáspora guineense qualificada, uma rede periférica no desenvolvimento do país de origem. Lisboa: Socius - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações, UTL

COSTA, P., 2009. Imigração em Portugal: tendências recentes. Os imigrantes guineenses, ucranianos e brasileiros no mercado de trabalho português. Doutoramento FLUP

Decreto-Lei nº 4/2001 de 10-01-2001. Diário da República nº 8 Série I Parte A de 10/01/2001. Base de dados jurídica Almedina. ([http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node\\_id&value=39632](http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=39632), consultado a 28 de Julho de 2010)

Diário da República 1.<sup>a</sup> série — N.º 85 — 3 de Maio de 2007. Plano para a integração dos Imigrantes.

DODANI, S., LAPORTE, R., 2005. Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? Journal of the royal society of medicine, (98), p. 487-491

Document de stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (DENARP), 2006. République de Guinée-Bissau

DUSSAULT, G, et al., 2010. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). World Health Organization

CONCEIÇÃO, C., RIBEIRO, J., PEREIRA, J., DUSSAULT, G., 2009. National report: Portugal Macro level research. MoHProf – Mobility of health professionals. Lisbon: ADMT.

FERRINHO, P., et al, 2007. The Portuguese contribution to the brain-drain from portuguese speaking african countries. Cahiers de Sociologie et démographique médicales, 47(3), pg 377-391

FERRINHO, et al, 2008. Estudo dos profissionais de saúde guineenses. Resultados preliminares.(não publicado).

FLICK, U., 2005. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor

FONTANA, A., FREY, J., 2005. The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. Em: DENZIN, N., LINCOLN, Y., ed. 2005. The Sage Handbook of Qualitative Research. Sage Publications

FORTIN, M., 2003. O processo de investigação: da concepção à realização (3ªEd.).. Lisboa: Lusociência

FRONTEIRA, I., DUSSAULT, G., 2010. Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? Rio de Janeiro: Reciis, (4) 1, p.78-85

FRONTEIRA, I. Comunicação pessoal. Não publicado

GIBSON,J., MCKENZIE,D., 2011. Eight Questions about Brain Drain. Policy Research Working Paper. World Bank.

HENRIQUES, M.,2009. Argumentos para uma viagem sem regresso. A imigração PALOP por via da saúde. Um estudo de caso. Tese mestrado. Lisboa: ISCTE, 2009 [online] Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/1809> (consultado a 20 de Abril de 2011)

HILL, M., HILL, A.,2005. Investigação por questionário (2ªEd.). Lisboa; Editora Sílado

HAQUE, N., 2005. Brain drain or Human Capital Flight. Pakistan: Pakistan Institute of Development Economics [online] Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=987449>

KIRCH, W., 2008. Encyclopedia of Public Health. Springer.

LOWELL, B., 2003. Skilled Migration Abroad or Human Capital Flight? Migration Information Source. [online] Disponível em: <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=135> (consultado a 1 de Maio de 2011).

INASA, 2011. [online] Disponível em: [http://74.84.221.194/member-countries/country.cfm/count\\_id/6C9E0D82-123F-73FE-89C18E8BF8E8D2F3#institute1](http://74.84.221.194/member-countries/country.cfm/count_id/6C9E0D82-123F-73FE-89C18E8BF8E8D2F3#institute1) (Consultado em 12 de Maio de 2011)

LUCK, M., FERNANDES, M., FERRINHO, P., 2000. At the other end of the brain-drain: African nurses living in Lisbon. Antwerp: Studies in HSO&P, ITG Press, 16, pg 163-175

MACHADO, F., 2002. Contrastes e Continuidades: Migração, Etnicidade E Integração dos Guineenses em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

MARCHAL, B., KEGELS, G., 2003. Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or Professional mobility? International journal of health planning and management Antwerp: Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine

MARQUES, C., e Góis, P., 2007. Estudo prospetivo sobre imigrantes qualificados em Portugal. Lisboa: ACIDI

MARTINS, G. Case study research: design and methods. (<http://www.scribd.com/doc/7247529/Estudo-de-Caso>, consultado a 3 de Março de 2011)

MOREIRA, C., 2007. Teorias e práticas de investigação. Lisboa: Universidade técnica de Lisboa – Instituto Superior de Ciencias Sociais..

MURTEIRA, B., 2004. Análise exploratória de dados. Lisboa: McGraw-Hill, D.L., p. 327-328

NDULU, B., 2004. Human Capital Flight: Stratification, Globalization and the Challenges to Tertiary Education in Africa. World Bank

NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH (NDH), 2009. Migration and health Challenges and trends. Oslo: Norway

OIM, 2010. World Migration Report 2010: The future of migration: Building capacities for change.

OIM. About migratio: fact&figures. [online] Disponível em: <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp> (consultado em 3 Junho de 2011)

OMS, 2006. Working together for health. Geneva: OMS

OMS, 2010. The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16

OMS, 2010. Migration of health workers. Media centre. [online] disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs301/en/> (consultado 15 de Março de 2011)

ONU, 2009. International Migration. Department of Economic and Social Affairs-Population Division. New York: ONU

PEIXOTO, J., 2004. Highly Skilled Migration in Portugal – An Overview. Lisboa: SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações

PEIXOTO, J., 2006. Highly skilled migration and the role of organizations: mobility and transnational corporations in the Southern European context. International Symposium on International Migration and Development. Session “Knowledge and migration” Turin, 28-30 June 2006

PEIXOTO, J., IORIO, J., ed. 2011. Crise, imigração e mercado de trabalho em Portugal: retorno, regulação ou resistência? Fórum Gulbenkian Migrações 2010. Cascais: Principia

PINTO, M., 2003. I Congresso de Imigração em Portugal. Lisboa, 18 e 19 de Dezembro de 2003

Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PNDRH). 2008,

Plano quadro das nações unidas de apoio ao desenvolvimento (PNUAD) Guiné-Bissau, 2008-2012. Bissau: Organização das Nações Unidas

REA, L., PARKER, R. 1997. Metodologia de pesquisa: do planeamento à execução. pioneira, p. 150-51

RIBEIRO, J. Gendering migration flows: physicians and nurses in Portugal. Gendering Migration Flow. Coimbra: Center for Social Studies, University of Coimbra, p. 76 – 87

RYAN, F., COUGHLAN, M., CRONIN, P., 2007 .Step-by-step guide to critiquing research, part 2: qualitative research. British Journal of Nursing , 16(12), p. 738-744

SANGREMAN, C., et al., 2006. A evolução política recente na Guiné-Bissau: -As eleições presidenciais de 2005, Os conflitos, O desenvolvimento, A sociedade civil. Lisboa: Centro de estudos sobre África e do Desenvolvimento do Instituto Superior da Economia e Gestão da UTL

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS (SEF). Sefstat – portal de estatística. (<http://sefstat.sef.pt/distritos.aspx>, consultado EM Janeiro de 2011)

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS, 2009. Relatório anual. Lisboa

SEROUR, G., 2009. Healthcare workers and the brain drain. Issues in women's health care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, (106), p. 175–178

STILWELL, B, et al., 2004. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bulletin World Health Organization, 82(8), p. 595-600

TOLENTINO, N., 2009. Migrações, remessas e desenvolvimento: o caso africano. Lisboa: SOCIUS - Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações

VALLE, R., FARMEHOUSE, R., MARQUES, V., 2008. Reconhecimento de habilitações académicas de médicos e de enfermeiros imigrantes. Migrações, 2, p.171-176

WACHTER, B., 2006. Brain drain: what we know and what we do not know. Belgica: Portland press

YIN, R., 2003. Case Study Research – Design and Methods (3ª Ed).California: SAGE Publication

## **ANEXOS**

### ☐ **ANEXO I – GUIÕES DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS:**

**A – PROFISSIONAIS DE SAÚDE REGRESSADOS À GB**

**B – PROFISSIONAIS DE SAÚDE IMIGRADOS EM PORTUGAL**

### ☐ **ANEXO II – GUIÃO DO GRUPO FOCAL**

### ☐ **ANEXO III – GUIÃO INFORMADORES CHAVE:**

**A – DRHAS**

**B - ORDEM DOS MÉDICOS E ANEP**

### ☐ **ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO**



## **ANEXO I – A**

### **GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REGRESSADOS À GB**

#### Perguntas fechadas de identificação (questionário precedente)

- ☐ Nome
- ☐ Sexo
- ☐ Idade
- ☐ Estado civil
- ☐ Formação académica
- ☐ Local de residência actual (meio rural/urbano?)
- ☐ Local e função/funções profissional(ais) actual
- ☐ Local de residência em Portugal (cidade)
- ☐ Local e função/funções de trabalho em Portugal

#### Questões abertas

<b>PROCESSO DE EMIGRAÇÃO</b>
<ol style="list-style-type: none"><li><b>1.</b> Antes de emigrar como descreveria o trabalho na Guiné-Bissau?</li><li><b>2.</b> Que funções desempenhava?</li><li><b>3.</b> O que o levou a deixar a Guiné-Bissau?</li><li><b>4.</b> Partiu sozinho para Portugal? Se sim – Mais tarde levou a família? Se não – Com quem?</li><li><b>5.</b> O que pensava encontrar em Portugal? E encontrou?</li></ol>

<b>EM PORTUGAL</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Como foi a chegada a Portugal?<ul style="list-style-type: none"><li>- Que dificuldades sentiu?</li><li>- Teve apoio de alguém ou alguma instituição ou organismo?</li></ul></li><li>2. Como descreveria o seu percurso profissional em Portugal?</li><li>3. Que diferenças encontrou entre a vida na Guiné-Bissau e em Portugal?</li></ol>

<b>O REGRESSO</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. O que o levou regressar à Guiné-Bissau?</li><li>2. Que diferenças encontra entre a Guiné-Bissau que deixou e a Guiné-Bissau actual?<ul style="list-style-type: none"><li>- A nível profissional</li><li>- A nível pessoal</li><li>- A nível desenvolvimento país</li></ul></li><li>3. Como descreve o seu actual trabalho na Guiné-Bissau?</li><li>4. Qual o impacto da sua experiência em Portugal para a Guiné-Bissau?</li></ol>

## **ANEXO I – B**

### **GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EMIGRADOS EM PORTUGAL**

#### Perguntas fechadas de identificação (questionário precedente)

- ☐ Nome
- ☐ Sexo
- ☐ Idade
- ☐ Estado civil
- ☐ Local de residência no país de origem (zona rural ou zona urbana)
- ☐ Local de trabalho no país de origem (Hospital, Centro de saúde...)
- ☐ Ano de chegada a Portugal
- ☐ Formação académica
- ☐ Actividade profissional que desempenha/desempenhou (se em idade de reforma)

#### Questões abertas

<b>CARACTERIZAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM</b>
<p><b>6.</b> Como descreveria o trabalho na Guiné-Bissau?</p> <p><b>7.</b> Que funções desempenhava?</p> <p><b>8.</b> Exercia outra actividade profissional/económica? Qual ou quais?</p>

<b>MOTIVOS DE EMIGRAÇÃO</b>
<p><b>1.</b> O que o levou a deixar a Guiné-Bissau?</p> <p><b>2.</b> Como descreveria o percurso e as várias etapas pelas quais teve que passar até sair da Guiné-Bissau?</p>

3. Quem o acompanhou para Portugal?
4. Que contactos e indicações trazia da Guiné-Bissau?
5. O que pensava encontrar em Portugal? Porquê Portugal?

#### **IMIGRADOS EM PORTUGAL**

4. Como foi a chegada a Portugal?
  - Que dificuldades sentiu?
  - Teve apoio de alguém ou alguma instituição ou organismo?
5. Como tem sido o seu percurso profissional em Portugal?
6. Que diferenças encontra entre a vida na Guiné-Bissau e em Portugal?
7. Do que sente mais falta da Guiné-Bissau?

#### **MOTIVAÇÕES PARA O REGRESSO**

8. Se pudesse, o que mudaria actualmente na Guiné-Bissau?
9. Já pensou regressar à Guiné-Bissau definitivamente? Porquê?
10. Que motivos o fariam regressar à Guiné-Bissau?

## **ANEXO II**

### **GUIÃO DO GRUPO FOCAL**

1. Como descrevem as condições de trabalho do enfermeiro/profissional de saúde na Guiné-Bissau? (condições, remuneração, horas de trabalho, organização, status social, benefícios...)
2. Como tem evoluído a situação de trabalho dos enfermeiros ao longo da última década?
3. Porque é que acham que os colegas enfermeiros emigram?
4. Consideram que a mortalidade entre os profissionais de saúde (12% relacionada com HIV) poderá estar associada ao fenómeno de emigração? Porquê?
5. Se surgisse a oportunidade de emigrar, estariam interessados? O que procurariam com a emigração?
6. Que condições/incentivos os levariam a não optar pela emigração?

### **ANEXO III - A**

#### **GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS INFORMADORES CHAVE - ORDEM DOS MÉDICOS E ANEP**

1. Como descreve as condições de trabalho do profissional de saúde na Guiné-Bissau? (condições, remuneração, horas de trabalho, organização, status social, benefícios...)
2. Como tem evoluído a situação de trabalho ao longo da última década?
3. Quais os motivos para a emigração dos profissionais de saúde?
4. Que medidas poderão/deverão ser tomadas para reter/desmotivar os profissionais de saúde da emigração?

### **ANEXO III - B**

#### **GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS INFORMADORES CHAVE - DRHAS**

1. Como descreve a evolução dos RHS da GB?
2. Como caracteriza a situação actual?
3. Quais os principais motivos para a emigração dos profissionais de saúde?
4. Que medidas foram pelo tomadas pelo MINSAP para travar a emigração destes profissionais?
5. Em que áreas é necessário investir no futuro?

## ANEXO IV

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Nº ORDEM: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Neste momento encontra-se a decorrer um estudo de investigação no âmbito de uma Tese de Mestrado de Saúde e Desenvolvimento, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Lisboa, Portugal, com o principal objectivo de aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno migratório de profissionais de saúde guineenses em Portugal.

A colaboração dos participantes neste estudo é voluntária e gratuita. As entrevistas serão marcadas e agendadas entre o participante e o investigador, num local e hora a definir por ambos. As entrevistas serão gravadas através de um sistema áudio gravador.

Toda a informação recolhida, analisada e publicada respeitará os princípios da confidencialidade e do anonimato.

No decorrer da investigação os participantes poderão desistir a qualquer momento, não havendo quaisquer problemas ou penalização. Para tal os participantes devem apenas informar verbalmente o investigador da sua decisão.

Concordo e aceito participar neste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010/11

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante)

